



ЗдравПлюс / ZdravPlus

ENSURING ACCESS TO QUALITY
HEALTH CARE IN CENTRAL ASIA

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ:

Национальные системы медицинского страхования: международный опыт

Technical Report:
National Health Insurance Systems: A Review of
Selected International Experience

Авторы:

Юлиан Симиджийский
Шерил Викам

**21 февраля, 2000
Алматы, Казахстан**



FUNDED BY:
THE U.S. AGENCY FOR
INTERNATIONAL DEVELOPMENT



IMPLEMENTED BY:
ABT ASSOCIATES INC.
CONTRACT NO. 115-C-00-00-00011-00

DOC NO: OT_TD_2(R)

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ:

Национальные системы медицинского страхования: международный опыт

Авторы:

Юлиан Симиджийский

Шерил Викам

21 февраля, 2000

Алматы, Казахстан

Содержание

I. Список Сокращений	1
II. Тезисы	2
III. Краткий обзор	3
IV. Введение	6
V. Международный опыт финансирования и обеспечения базового пакета медицинских услуг	6
A. Варианты финансирования и предоставления основных медицинских услуг	6
B. Сравнительный анализ государственного бюджета и системы обязательного медицинского страхования	10
C. Частное медицинское страхование	12
D. Обязательное медицинское страхование	14
VI. Проектирование и введение систем обязательного медицинского страхования	16
A. Охват населения страхованием и пакет услуг	16
B. Финансирование	19
C. Институциональная структура	22
D. Финансирование поставщика медицинских услуг и качество	24
E. Вопросы осуществления систем медицинского страхования	26
VII. Выводы и рекомендации	27
VIII. Библиография	29
IX. Приложение 1: Обязательное медицинское страхование. Опыт Казахстана	32
X. Приложение 2: Историческое развитие выбранных для обзора национальных систем здравоохранения	41
XI. Приложение 3. Аккумуляция ресурсов здравоохранения и безстатейное финансирование	63
XII. Приложение 4: Финансирование здравоохранения	67

I. Список Сокращений

БНМС	Бюро национального медицинского страхования.
ЦА	Центральная Азия (Мне кажется это не нужно)
ДМ	немецкая марка
КЗГ	модель оплаты по клинико-затратным формам
ВВП	Внутренний валовой продукт
ВМСК	Всеобщая медицинская страховая компания
ВОП	врач общей практики
ООСП	(объединенные организации страхователей-поставщиков медицинских услуг)
IMSS	Мексиканский институт социального обеспечения
ISSAPREs	(частные страховые компании)
ОМС	обязательное медицинское страхование
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
СОМС	система обязательного медицинского страхования
МЗ	Министерство Здравоохранения
МНС	медицинские накопительные счета
НПО	неправительственная организация
НФЗ	Национальный фонд здравоохранения
НФМС	Национальный фонд медицинского страхования
НСЗ	Национальная служба здравоохранения
ФКМС	Филиппинская корпорация медицинского страхования
ЧФС	частные фонды страхования
НАМСФ	Национальный акт о медицинском страховании Филиппин 1995 года
КНР	Китайская Народная Республика
УСС	уставная система страхования
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
ТБ	туберкулез

II. Тезисы

В настоящем отчете приведен опыт финансирования системы здравоохранения шестнадцати стран мира с точки зрения реализации принципов равенства, доступности и эффективности предоставления медицинских услуг. В частности, отчет рассматривает роль обязательного медицинского страхования в качестве основного источника финансирования в системе предоставления медицинских услуг и приходит к выводу о том, что централизованная система общественного финансирования (каким является обязательное медицинское страхование) является лучшим способом реализации указанных выше принципов. В то время как частные системы финансирования уменьшают доступ получения медицинских услуг малоимущим и незащищенным слоям населения, общественная система финансирования в странах с низким уровнем доходов зачастую не располагает достаточными ресурсами для сферы здравоохранения. В этом случае необходимо определить и ограничить объем финансируемого государством пакета медицинских услуг наиболее затрато-эффективными услугами, ориентируясь на сокращение уровней заболеваемости и смертности.

В данном отчете также рассматривается опыт обязательного медицинского страхования в Казахстане. Несмотря на то, что оно прекратило свое существование прежде, чем показало свою полезность и эффективность, а также имело многочисленные недостатки, существуют аргументы в пользу того, что ОМС в Казахстане явился движущей силой реформ здравоохранения в республике.

III. Краткий обзор

Целью данного документа является синтез международного опыта с различными моделями финансирования и обеспечения базового пакета медицинских услуг населению и, в частности, анализ роли обязательного медицинского страхования в различных странах. Для проведения данного обзора и анализа были взяты системы финансирования здравоохранения и обеспечения медицинской помощи 16 стран с различной социально-экономической, культурной и исторической ситуацией. В обзор были включены страны Центральной и Восточной Европы, Азии и Латинской Америки. Кроме того, в приложении к данному документу представлен более глубокий анализ казахстанского опыта обязательного медицинского страхования 1995-1999 гг., поскольку необходимо признать важность использования наработанного опыта в условиях изменяющейся политики медицинского страхования.

На основе обзора международного опыта в плане систем финансирования здравоохранения, авторами были сделаны следующие заключения:

Общие выводы

1. Независимо от системы предоставления медицинских услуг (государственной, частной или смешанной), существует доказательство того, что централизованные государственные системы финансирования, основывающиеся на бюджетном финансировании (общее налогообложение) или обязательном медицинском страховании, являются наиболее подходящими для оплаты базового пакета медицинских услуг и соблюдения принципов справедливости, доступности и эффективности медицинской помощи.
2. Преимущества системы государственного бюджетного финансирования или обязательного медицинского страхования четко не определены. Успех любой системы финансирования почти полностью зависит от того, как разработана и управляется система.
3. Частные фонды/частное страхование не должны являться основным источником финансирования здравоохранения, поскольку акцент на частном финансировании сокращает доступность медицинской помощи для малоимущих и незащищенных слоев населения, не способствует накоплению достаточных ресурсов для финансирования базового пакета медицинских услуг.
4. Хотя государственная централизованная система финансирования является наилучшим вариантом для наиболее эффективного достижения универсального доступа медицинской помощи, страны с низким уровнем доходов не могут накапливать достаточно ресурсов для финансирования комплексных медицинских услуг. Поэтому этим странам необходимо определить и ограничить объем финансируемого государством пакета медицинских услуг, наиболее затрато-эффективными услугами, ориентируясь на сокращение уровней заболеваемости и смертности и обеспечение медицинской помощи в случае катастроф.

Частное финансирование

1. В странах, в которых население самостоятельно оплачивает медицинские услуги, необходимо способствовать вводу тщательно регулируемого частного страхования. На основе международного опыта можно сделать три основных заключения в плане частного страхования. Во-первых, системе, финансируемой из государственного бюджета или за счет медицинского страхования, должна проектироваться с последующим вводом частного страхования. Во-вторых, система частного страхования должна охватывать либо ограниченный объем услуг, либо услуги, не включенные в финансируемую государством

программу. В-третьих, учитывая несостоятельность частного рынка медицинского страхования, необходимо создать жестко регулируемые законодательством рамки.

2. В настоящий момент медицинские накопительные счета (МНС) рассматриваются в некоторых странах, население которых самостоятельно оплачивает предоставляемые медицинские услуги. Эта модель не была в достаточной мере апробирована и ее преимущества по отношению к бюджетному финансированию и медицинскому страхованию неясны. МНС не позволяют адекватно аккумулировать риски, не обеспечивают соблюдение принципа справедливости, требуют огромной административной и регламентирующей структуры и системы страхования катастроф, а также механизмов, гарантирующих предусмотрительное использование аккумулированных средств.

Обязательное медицинское страхование

1. Введение системы медицинского страхования в дополнение к существующему бюджетному финансированию в условиях переходной экономики может увеличить общий объем ресурсов здравоохранения, но обычно не способствует этому.

2. Введение медицинского страхования в таких странах, как Казахстан (в которых уже существует система бюджетного финансирования здравоохранения) только для того, чтобы увеличить общий объем ресурсов, не будет иметь желаемого эффекта. Однако медицинское страхование может стать важной движущей силой реформы сектора здравоохранения и механизмом ограничения спектра бесплатных медицинских услуг, предоставляемых государством.

3. Опыт показывает, что введение обязательного медицинского страхования в странах с переходной экономикой, в которых уже существует финансируемая из государственного бюджета система здравоохранения, не будет иметь успеха, пока не будут созданы определённые условия, включая: (1) децентрализацию сети поставщиков медицинских услуг с предоставлением им управленческой автономии; (2) механизм финансирования поставщиков соответственно предоставленным услугам, а не клиническим мощностям; и (3) хорошо функционирующий механизм сбора соответствующих налогов, индивидуальных взносов и государственных ассигнований для охвата неработающего населения.

Система предоставления услуг

1. Для предоставления основных медицинских услуг почти все страны имеют смешанную (государственная/частная) систему обеспечения медицинской помощи, в которых частные и государственные медицинские учреждения имеют равные права на получение государственных средств для предоставления основных медицинских услуг населению. Во многих странах государственный бюджет является основным источником финансирования частных поставщиков медицинских услуг.

2. В странах, приватизирующих полностью государственную систему оказания медицинской помощи, процесс приватизации должен быть тщательно спланирован. Опыт таких стран, как Китай и Чешская Республика, показывает, что если приватизация не будет сопровождаться четким планированием и не будет поддерживаться соответствующими институциональными структурами, наступит общее ухудшение в плане справедливости и доступности медицинской помощи.

Казахстанский опыт обязательного медицинского страхования

3. Медицинское страхование в Казахстане было прекращено до того, как были достигнуты положительные результаты в экспериментальных Карагандинской и Восточно-Казахстанской

областях. Это не дает возможности сделать заключение, добилась ли недолго существовавшая система медицинского страхования успеха или потерпела неудачу. Однако в экспериментальных областях были разработаны новые системы финансирования медицинских учреждений и информационные системы управления для создания стимулов, повышения качества услуг и удовлетворения пациентов, что является важным показателем успеха.

4. Будучи управляемой внебюджетным фондом при правительстве, система обязательного медицинского страхования была наделена полномочиями аккумулировать средства на областном уровне и распределять ресурсы между поставщиками медицинских услуг в соответствии с предоставленными услугами вместо постатейных бюджетов. Эта структура финансирования создает условия, необходимые для рационализации системы обеспечения медицинской помощи, оплачивая предоставленные услуги, а не физические мощности. Это позволяет применить принцип «следования денег за пациентом» через систему обеспечения медицинской помощи. Однако внебюджетный статус Фонда обязательного медицинского страхования был *недостаточным*, чтобы понять эти преимущества, более того, в нем не было *необходимости*. Могли быть созданы другие механизмы, как специальный целевой бюджетный фонд, который мог бы служить для достижения тех же целей.

5. Хотя медицинское страхование было введено для того, чтобы способствовать новшествам в секторе здравоохранения Казахстана, оно имело ряд недостатков, которые препятствовали его превращению в механизм, способствующий осуществлению реформы системы здравоохранения. Система медицинского страхования не была разработана таким образом, чтобы привлечь дополнительные ресурсы в сектор здравоохранения. Её финансирование зависело от политической воли местных органов управления, которые зачастую просто отказывались финансировать медицинское страхование. Медицинское страхование создало второй базовый пакет медицинских услуг в дополнение к уже существовавшему, финансировавшемуся из государственного бюджета пакету. Оно также создало второго плательщика, финансировавшего медицинские учреждения, получавшие средства из государственного и местных бюджетов. Эти недостатки привели к путанице в системе здравоохранения, а сосуществование двух плательщиков и двух базовых пакетов медицинских услуг вызвали обратный эффект реформы здравоохранения.

IV. Введение

Целью данного документа является синтез международного опыта с различными моделями финансирования и обеспечения базового пакета медицинских услуг населению и, в частности, анализ роли обязательного медицинского страхования в различных странах. Данный обзор всех существующих международных моделей не является исчерпывающим и его осуществление затруднялось недостатком материалов в период его разработки. Важно отметить, что анализ основывается на кратком описании различных систем существующих сегодня в мире. Наблюдаемая в настоящее время ситуация проанализирована и использована для формирования заключений, но со дня публикации использованных материалов в самих рассматриваемых в данном обзоре странах могли произойти изменения, могла измениться политика. Тем не менее, опыт других стран является полезным, даже если в этих странах изменились условия, и они более не следуют ранее определенной политике.

Обзор осуществлялся следующим образом. В следующем разделе представлен международный опыт различных вариантов финансирования здравоохранения и медицинских услуг с акцентом на системах страхования. В третьем разделе представлен международный опыт различных подходов к разработке и вводу национальных систем обязательного медицинского страхования. В четвертом разделе представлены выводы и рекомендации, которые могут служить руководством к разработке дальнейшей реформы финансирования в Казахстане, в частности, для принятия решения о возобновлении системы обязательного медицинского страхования в качестве дополнительного источника финансирования здравоохранения. В четырех приложениях представлен обзор казахстанского опыта работы обязательного медицинского страхования в период с 1995 г. по 1998 г., более детальное описание развития некоторых систем национального здравоохранения и дополнительные технические материалы по реформе финансирования здравоохранения.

V. Международный опыт финансирования и обеспечения базового пакета медицинских услуг

A. Варианты финансирования и предоставления основных медицинских услуг

Как показано в таб. 1, страны, рассматриваемые в этом исследовании, используют различные сочетания финансирования здравоохранения с системами предоставления основных медицинских услуг населению. Проанализировав опыт 16 стран с различными социально-экономическими, культурными и историческими системами, можно сделать ряд основных выводов. Самый главный из них – это то, что независимо от типа системы предоставления медицинской помощи (государственной, частной или смешанной), централизованные государственные системы финансирования являются наиболее подходящим способом финансирования основного пакета медицинских услуг для наиболее эффективного и универсального охвата всего населения. Все индустриализованные демократические страны, кроме США, располагают коллективными системами финансирования всех или большинства услуг амбулаторной и стационарной помощи. Страны, в которых нет централизованного государственного финансирования либо через бюджет (основной налог), либо путем обязательного медицинского страхования, сталкиваются с серьезными проблемами в области равенства в получении медицинских услуг или доступа к ним, особенно среди наиболее уязвимых слоев населения. Государственные системы финансирования обычно дополняются

частным страхованием только для покрытия расходов на косметические услуги и услуги, оказываемые сверх основного пакета.

1. Предоставление услуг

Для предоставления услуг почти все страны имеют смешанную государственную и частную систему предоставления услуг. Системы финансирования за счет государственного бюджета и обязательного медицинского страхования оперируют независимо от формы собственности медицинских учреждений. Почти во всех странах, включенных в обзор, частные медицинские учреждения получают государственное финансирование за предоставление медицинских услуг населению. Во многих странах государственный бюджет является основным источником дохода для многих частных поставщиков медицинских услуг.

В странах, приступающих к приватизации государственной системы обеспечения медицинской помощи, процесс приватизации должен быть тщательно спланирован. В своем обзоре опыта стран Центральной и Восточной Европы, Прекер и Фичам приходят к заключению о том, что постепенная и адресная приватизация и создание партнерских отношений между государственным и частными секторами здравоохранения влекут за собой новые, ориентированные на рынок, стимулы для повышения эффективности и удовлетворения пациентов. Однако, если приватизация не будет четко спланирована и не будет поддержана соответствующими институциональными структурами, может наступить ухудшение ситуации в плане справедливости и доступности медицинской помощи.

Например, в Китае рыночные реформы привели к радикальному сокращению обязательств государства в части финансирования и обеспечения медицинской помощи, в частности, в сельских регионах. Приватизация и общее нивелирование границ между государственным и частным секторами не были в достаточной мере спланированы и этим процессам не предшествовало создание систем учета и отчетности. В результате, многие медицинские услуги в настоящее время оплачиваются самим населением, что привело к появлению многочисленных временных частных страховых компаний и всеобщему ухудшению в плане справедливости и доступности основных медицинских услуг.

В Чешской Республике на раннем этапе переходного периода многие медицинские учреждения были незамедлительно переданы местным сообществам, а значительная часть бывшей национальной службы здравоохранения была приватизирована. Прекер и Фичам пришли к заключению, что вместо того, чтобы вызвать конструктивное партнерство между государственным и частным секторами, несдерживаемая приватизация в рамках чрезмерно ослабленного законодательства привела к беспринципной спекуляции среди поставщиков и бесконтрольного использования медицинской помощи пациентами. (Preker, A. and Feachem 1995).

Таблица 1. Сочетание финансирования и предоставления медицинских услуг

Финансирование	Поставщики (базового пакета медицинских услуг)		
	Государственные	Частные	Смешанные государственные/частные
Государственный бюджет ¹			Канада (частнопрактикующие)

¹ “Государственный бюджет” означает, что медицинские учреждения финансируются непосредственно из государственного бюджета. Это не включает перечисление средств из государственного бюджета фондам медицинского страхования на финансирование медицинских услуг, предоставляемых некоторым категориям населения.

			врачи; государственные больницы) Великобритания (частнопрактикующие врачи; государственные больницы)
Обязательное медицинское страхование		Япония	Болгария (государственные и частные врачи и государственные больницы) Чешская Республика (государственные и частные врачи и государственные больницы) Франция (государственные и частные врачи и больницы) Германия (частнопрактикующие врачи; государственные и частные больницы) Израиль
Смешанное: Государственный бюджет/обязательное медицинское страхование	Казахстан (1996-98) Мексика Россия		Корея
Частное страхование			
Смешанное частное страхование и государственный бюджет и/или обязательное медицинское страхование	Венгрия (бюджет, необязательное национальное медицинское страхование, и частное страхование)	США (государственный бюджет 40%, частное страхование 60%)	Китай Чили (позволено, чтобы государственный налог на страхование шел через частных страховщиков)

2. Финансирование

Другие варианты финансирования здравоохранения в основном полагаются на частные источники, включая частное обязательное страхование и непосредственную оплату медицинских услуг наличными деньгами. Частное финансирование играет определенную роль в системах оплаты во всех странах, рассматриваемых в данном исследовании, либо в форме сооплаты за услуги, индивидуальных страховых взносов, либо в форме дополнительного частного страхования. Соответствующим образом размещенные прямые взносы могут стать эффективными способами дополнительного финансирования здравоохранения и создать для населения стимулы использовать медицинские услуги наиболее затратно-эффективным путем.

Однако сами по себе частные выплаты неэффективны в качестве основного источника финансирования здравоохранения. Международный опыт показывает, что если основным

² “Страхование” подразумевает, что отчисление страховых взносов самим человеком или за него является требованием для получения медицинских услуг.

источником финансирования являются частные фонды, то это чревато возникновением трех основных проблем. Первое, частное финансирование снижает доступ бедного и уязвимого населения к оказанию медицинской помощи. Второе, даже для богатых слоев населения частное финансирование не создает достаточно ресурсов для оплаты основных медицинских услуг каждого. Наконец, трудно предугадать индивидуальные расходы на медицинскую помощь, так как они могут быть чрезвычайно высокими, поэтому необходимо объединить финансовые риски, связанные с заболеваниями, чтобы как можно больше населения было охвачено этими рисками или же ограничить финансовые потери любого человека. Более эффективно это делается государствами, нежели частными страхователями в связи с неудачами на рынке частного медицинского страхования, о чем более подробно будет сказано ниже в разделе 2.3.

Хотя международный опыт ясно показал, что централизованное государственное финансирование является лучшим механизмом оплаты основных медицинских услуг для достижения равенства, доступа и эффективности, страны с низким доходом не в состоянии обеспечить государственные поступления, достаточные для предоставления всесторонних медицинских услуг своему населению. И это действительно так, так как ставка облагаемого налогом дохода низка, большая доля дохода производится в сельском и негосударственном секторах, которые находятся вне налоговой системы, а механизмы сбора налогов часто довольно слабые. Следовательно, частные выплаты составляют значительную долю финансирования здравоохранения в странах с низким доходом (Schierber and Maeda 1997). Например, из стран, рассматриваемых в данном исследовании, государства с низкими доходами, такие как Китай и Корея, в основном полагаются на непосредственный наличный расчет за медицинские услуги. Кроме того, предполагается, что частная неофициальная оплата также является важным источником финансирования здравоохранения в странах с переходной экономикой, таких как Болгария, Чешская Республика, Венгрия и Россия.

В том случае, когда страны с низким доходом отдают частным фондам значительную долю финансирования здравоохранения, важно определить предельные размеры пакета медицинских услуг, который будет оплачиваться государством либо путем общего налогообложения, либо через обязательное медицинское страхование. Услуги, финансируемые из государственных источников, должны быть затратно-эффективными, предоставлять защиту в случае катастроф и направлены на основные причины заболеваемости и смертности в стране. Также важно способствовать вводу тщательно регулируемой системы частного страхования для аккумуляции рисков, связанных с большими затратами частного сектора, которые необходимы для полного финансирования системы здравоохранения, за исключением пакета услуг, финансируемых из государственных источников.

Некоторые страны, сильно зависящие от прямых выплат пациентов за медицинские услуги, предоставили возможность создания персональных накопительных счетов, предназначенных для покрытия персональных расходов на медицинские услуги, в качестве средства мобилизации дополнительных частных ресурсов в сектор здравоохранения. Этот подход, известный, как медицинские накопительные счета (МНС) схож с методом персональных накопительных банковских счетов, на которых каждый гражданин страны имеет средства дополнительно поступающие на их счета либо от работодателя или отчисляемые ими самими, либо от государства. Эти средства граждан предназначены только для оплаты медицинской помощи и могут использоваться только в случае необходимости медицинской помощи. МНС должны сопровождаться страхованием катастроф, которое защищает граждан от непредвиденных больших медицинских расходов, в дополнение к средствам, аккумулируемым на их МНС.

Существует две модели медицинских накопительных счетов: модель Сингапура и модель США. Однако Сингапур является единственным в мире примером использования программы МНС, интегрированной со структурой финансирования здравоохранения страны (Nicols, et al. 1997). Обе модели поддерживаются механизмом государственного или частного страхования, обеспечивающим затраты на медицинскую помощь в случае катастроф, и которые превышают подлежащий выплате порог, если средств накопительных счетов недостаточно. Для того, чтобы заставить граждан предусмотрительно пользоваться медицинской помощью, им дано право использовать неистраченные средства в различных целях, включая сохранение остатков средств для покрытия будущих медицинских расходов, использования этих средств на немедицинские нужды и их передачу наследникам после смерти.

Основным предположением лежащим в основе МНС является то, что каждый гражданин должен более ответственно подходить к использованию медицинской помощи, предусмотрительно тратить только действительно необходимый объем средств и, таким образом, покупать только те услуги, которые действительно необходимы. Однако МНС не обеспечивает адекватным механизмом аккумуляции рисков, связанных с частными затратами здравоохранения. Хотя риск для индивидуального лица аккумулируется со временем, он не аккумулируется в равной степени по всему населению. Поэтому каждый гражданин столкнется с дефицитом средств в системе раньше, чем на счетах будет аккумулирован достаточный объем средств для покрытия любых значительных затрат на медицинскую помощь. Для преодоления этого дефицита, сингапурская программа МНС не покрывает затраты на амбулаторную помощь. Таким образом, граждане сами оплачивают обычные обращения за медицинской помощью, что позволяет аккумулировать на медицинских накопительных счетах больше средств на покрытие более дорогостоящей стационарной помощи.

В системе МНС граждане непосредственно несут ответственность за свои медицинские затраты. Если данный подход применяется к базовому пакету медицинских услуг, предоставляемому всему населению, он сильно отклоняется от принципа справедливости, и распределение базового пакета медицинских услуг основывается скорее на потребности, нежели платежеспособности. МНС также требуют более совершенной административно-управленческой структуры, создания системы страхования катастроф и механизма, гарантирующего благоразумное использование аккумулированных средств. Тем не менее, неизвестно, какими преимуществами обладает данная система по сравнению с подходом обязательного медицинского страхования для национальной системы финансирования здравоохранения. МНС всё ещё остается противоречивой системой и по этой причине применяется только в Сингапуре и США, имеющих высокий доход на душу населения.

В. Сравнительный анализ государственного бюджета и системы обязательного медицинского страхования

Обзор международного опыта не дает ясного заключения о том, какой из методов финансирования является лучшим: финансирование за счет общего налогообложения или обязательного медицинского страхования. Действительно, различия между двумя системами государственного финансирования сложно определить, а на практике они зачастую нивелируются (Jonsson and Musgrove 1997). В основном, системы финансирования из «государственного бюджета» и «обязательного медицинского страхования» имеют различные источники дохода. Государственный бюджет пополняется за счет общего налогообложения, а система обязательного медицинского страхования за счет специальных отчислений, обычно, налога с фонда заработной платы. На практике это различие нивелируется. Например, почти все системы обязательного страхования зависят от вливаний из национального или местного

бюджетов для страхования неработающего населения. В следующих, приведенных в данном обзоре странах, таких как Болгария, Чешская Республика, Франция, Германия, Венгрия, Израиль, Япония, Филиппины, Россия и Тайвань, фонды медицинского страхования получают средства из государственного бюджета за неработающее население:

Системы государственного бюджета почти всегда управляются финансирующими органами (обычно Министерством здравоохранения), тогда как системы обязательного страхования могут управляться независимыми и даже частными, регулируемые государством органами, например, в Чили. Однако в системе, финансируемой за счет страхования, это предполагает не только разделение между покупателем и поставщиком медицинских услуг. В Великобритании, например, система финансируется за счет общего налогообложения, но поставщики не зависят от региональных органов здравоохранения, являющихся административными и финансирующими органами.

Далее, различием между системами финансирования из государственного бюджета и обязательного медицинского страхования является то, что системы страхования обычно руководствуются критериями на право пользования медицинским страхованием, тогда как при системах финансирования из государственного бюджета граждане не обязательно должны входить в эти системы для получения медицинских услуг, финансируемых из государственного бюджета. Опять-таки это различие может нивелироваться на практике, потому что системы обязательного страхования часто универсальны, а системы финансирования из государственного бюджета могут охватывать только определенные категории населения, как, например, малоимущие слои и неработающее население. В некоторых странах, таких как Чили, Китай, Корея и Мексика, система обязательного медицинского страхования существует параллельно с системой финансирования из государственного бюджета. Система медицинского страхования охватывает работающее население, финансируя услуги, предоставляемые сетью частных медицинских учреждений или учреждениями работающими в системе социального страхования, тогда как государственный бюджет финансирует услуги, предоставляемые малоимущим слоям и неработающему населению отдельной сетью медицинских учреждений. Такой порядок обычно приводит к созданию «двухурвневой» системы здравоохранения, потому что государственная система обеспечения медицинской помощи предоставляет услуги населению, не имеющему большого влияния на политику здравоохранения. Государственная система часто недостаточно финансируется и находится в запущенном состоянии, а малоимущие слои населения имеют ограниченный доступ к низкой по качеству медицинской помощи. Из стран, рассматривавшихся в обзоре, только в странах Центральной и Восточной Европы или бывшего Советского Союза медицинские учреждения финансируются как из государственного бюджета, так и системой обязательного медицинского страхования.

Хотя системы финансирования из государственного бюджета могут теоретически быть более эффективными по причине более низких административных затрат, прогрессивного налогообложения и более равномерного распределения рисков, на практике не существует видимых преимуществ как системы финансирования из государственного бюджета, так и системы обязательного медицинского страхования³. На выбор либо системы финансирования

³ Канада является примером страны, которая имеет опыт апробации обеих систем и пришедшей к заключению, что общее налогообложение является наиболее справедливым и эффективным методом. Канада начала с системы национального страхования, основанной на отчислении взносов. Взносы были унифицированы, не включали риск и не покрывали (из-за установленной ставки) фактических затрат системы, а разница покрывалась за счет общего налогообложения. Страховые органы в Канаде почти незамедлительно определили, что взносы в универсальной системе были просто «регрессивным подушевым налогом», сбор которого был дорогостоящим, а позволял покрыть только небольшую долю затрат здравоохранения. Более того, он имел определенные технические недостатки при сборе налога с провинциального дохода. Таким образом, к началу 70-х большая часть провинций решило

из государственного бюджета, либо обязательного медицинского страхования влияют идеологические и социальные ценности существующие в стране. ⁴Успех системы финансирования зависит почти полностью от конкретных условий существующих в стране и от того, как эта система разработана и управляется. Следующий раздел более детально рассматривает международный опыт медицинского страхования, включая обязательное медицинское страхование и частное страхование.

С. Частное медицинское страхование

При частном добровольном медицинском страховании люди либо сами выплачивают страховые взносы частным страховым компаниям, либо их работодатели. Расчет ставки взносов производится страховой компанией для каждого индивидуального лица на основе оценки вероятности или риска получения от них заявления на оплату услуг. Такие страховые взносы считаются справедливыми по страховым оценкам. Основным различием между системой частного страхования и системой национального обязательного страхования является то, что страховые взносы частного страхования являются справедливыми по актуарным оценкам, тогда как взносы системы национального обязательного страхования связывают ставку взноса с платежеспособностью и не предусматривают внесения поправок в ставку взносов, выплачиваемых индивидуальными лицами и вычисления ожидаемого уровня расходов индивидуальных лиц.

Частные страховые компании платят за медицинские услуги, предоставленные населению в соответствии с контрактом на страхование, согласованными ставками отчисления и сооплаты. Частные страховые компании конкурируют между собой на основе пакетов предлагаемых ими медицинских услуг, ставки взносов, качества услуг, предоставляемых поставщиками и качестве обслуживания клиентов.

1. Неудачи рынка частного медицинского страхования

Ни в одной стране, кроме США, добровольное частное страхование не используется в качестве механизма финансирования первичной медико-санитарной. Это происходит по причине существования ряда проблем, связанных с рынком частного медицинского страхования, которые делают почти невозможным обеспечение универсального доступа, справедливости и сдерживания затрат полагаясь на частное страхование.

Первая проблема, возникшая на рынке частного страхования, была названа *неблагоприятным выбором*. Неблагоприятный выбор имел место потому, что население знало лучше о риске возникновения затрат на медицинское обслуживание, чем страховые компании. Поэтому люди, относящиеся к категории повышенного риска, скорее всего застрахуются в компаниях со справедливыми по актуарным оценкам ставками взносов, нежели люди, относящиеся к категории пониженного риска. Поскольку страховые полисы приобретут только лица, относящиеся к категории повышенного риска, страховая компания может прийти к выводу, что ее затраты превышают изначальные расчеты. Если компания поднимет ставку взноса для

рассчитывать полностью на другие доходы, получаемые за счет налогообложения. Относительно дорогостоящий метод сбора налогов. (Evans and Law 1995)

⁴ Например, в Чили в 1924 по 1952гг. существовала национальная система страхования, которая основывалась на немецкой модели. В период с 1950 по 1970 гг., когда у власти находилось правительство с социалистическим уклоном, была создана национальная система здравоохранения, финансирующаяся из государственного бюджета. В 80-х после военного переворота, система здравоохранения была децентрализована и вновь финансировалась за счет обязательного медицинского страхования, которое теперь уже осуществлялось частными страховщиками. В продолжение данных изменений в плане финансирования и предоставления услуг, осуществленных главным образом по причине идеологических настроений того времени, обеспечение доступности базовых медицинских услуг всему населению являлось и осталось основной целью.

покрытия превышающих затрат, многие лица, относящиеся к категории пониженного риска, откажутся от страхования и в страховой компании останется еще более дорогостоящая категория населения. При этих условиях рынок страхования постепенно разрушится. Страховые компании пытаются преодолеть данную проблему, исключив лиц, относящихся к категории повышенного риска из страхования, и пытаются привлечь к страхованию лиц, относящихся к категории пониженного риска, посредством разработки своих пакетов услуг и маркетинга.

Таким образом, рынок страхования разрабатывает свои планы страхования, направленные на сведение к минимуму объема выплат лицами из категории пониженного риска, для обеспечения лиц из категории повышенного риска. Существуют серьезные проблемы в плане справедливости, поскольку лица, наиболее нуждающиеся в страховании, часто получают отказ. Частные страховые компании часто несут большие административные расходы, связанные с определением лиц, относящихся к категории повышенного риска и их исключением из страхования. Система государственного страхования имеет противоположную цель, а именно: использование ресурсов здорового и благополучного населения для покрытия расходов на обслуживание больных и малоимущих. Это в системе государственного страхования достигается преодолением проблемы неблагоприятного выбора посредством обязательного страхования.

Вторая проблема рынка страхования, *моральный риск (злоупотребление)*, влияет на все типы систем страхования—государственные или частные, обязательные или добровольные. Моральный риск является стремлением лиц пользоваться медицинскими услугами, покрываемыми за счет страхования, больше, нежели они бы пользовались, если бы платили за услуги из своего кармана. Моральный риск в системе страхования обычно предусмотрен большей ответственностью граждан покрывать, по крайней мере, часть своих затрат. Это достигается сооплатой, отчислениями или ограничением расходов.

2. Международный опыт частного медицинского страхования

Частное страхование обычно играет три роли в контексте системы национального государственного медицинского страхования:

- 6) Страхование лиц, не подлежащих государственному страхованию, если государственное страхование не обеспечивает универсальный охват (Китай, США);
- 7) Страхование лиц, не включенных в программу государственного универсального страхования (Венгрия, Германия);
- 8) Дополнительное страхование для получения услуг, не включенных в программу государственного универсального страхования (Канада, Франция, Япония, Филиппины, Великобритания) (Chollet and Lewis 1997):.

На основе международного опыта можно сделать три основных заключения в отношении вариантов частного страхования в дополнение к системе здравоохранения финансируемой государством. Во-первых, необходимо разработать систему, финансируемую государством или систему страхования, с последующим вводом частного страхования. Если сначала разработать частное страхование, как в США, государственная система может стать единственным источником страхования. Это увеличит затраты государственной системы, поскольку ей останется наиболее нездоровое и малоимущее население, которое будет исключено из частного страхования.

Вторым заключением является то, что система частного страхования должна быть ограничена в плане охвата услуг или преимуществ, не охваченных программой финансируемой государством. Если индивидуальные лица будут иметь право не участвовать в государственной системе и получать такие же услуги через частное страхование, то вновь государственной системе придется финансировать услуги, предоставляемые наиболее часто болеющему и малоимущему населению, и она не будет иметь достаточно ресурсов, чтобы удовлетворить их потребности в медицинской помощи. Важно создать границы между государственным и частным пакетами страхования, иначе частные страховые компании также начнут предлагать услуги, включенные в государственный пакет и лица, приобретающие полисы частных страховых компаний в дополнение к государственным будут платить за одни и те же услуги дважды. В-третьих, принимая во внимание недостатки рынка частного медицинского страхования и трудности, связанные с тем, что лица имеют доступ к точным данным о цене и качестве медицинских услуг, государству необходимо обеспечить частное медицинское страхование сильной законодательной базой.

А. Обязательное медицинское страхование

Из опыта стран, рассматриваемых в обзоре, введение государственной системы обязательного медицинского страхования развивалось по одному из двух общих путей. Первый путь развития, часто наблюдаемый в промышленно развитых странах, является переходом от специально созданных схем страхования для работающего населения к постепенному объединению с национальной системой по мере роста благосостояния страны. Например, в Японии, Франции и Германии, системы здравоохранения финансировались посредством различных схем добровольного медицинского страхования, которые были созданы для работников городской промышленности в конце XIX начале XX веков, и которые слились с национальной программой, государственные доходы увеличились к середине XX столетия⁵.

Другие страны, такие как Корея и Мексика, начали вводить методы добровольного страхования для охвата работающего населения, но стали полностью переходить от модели добровольного страхования работающего населения к модели универсального охвата. В этих странах в настоящее время существуют смешанные системы оказания медицинской помощи малоимущим слоям населения, которая предоставляется и финансируется государством, а также система оказания медицинской помощи более высокого качества городскому, формально работающему населению. Результатом явилось возникновение в этих странах «двухуровневой» системы здравоохранения, значительная часть населения которых, в частности, незащищенные слои, не имеют экономического или физического доступа к базовому пакету медицинских услуг.

Вторым путем развития обязательного медицинского страхования является переход от финансируемой и обеспечиваемой государством национальной системы здравоохранения к системе, финансируемой за счет страхования. Этот путь наиболее часто наблюдается в переходной экономике стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Система обязательного медицинского страхования была введена в этих странах, зачастую параллельно с существующей системой бюджетного финансирования с основной целью обеспечения дополнительных вливаний в сектор здравоохранения. На основе обзора

⁵ Германия стала первой страной, объединившей «общества добровольной помощи», которые обеспечивали медицинское страхование работающему населению, и стали участвовать в обязательном медицинском страховании. Система обязательного медицинского страхования была введена в 1883 г. в рамках Акта о медицинском страховании, изданном первым канцлером Германии, Отто фон Бисмарком.

опыта этих стран можно заключить, что эта система медицинского страхования может в странах с переходной экономикой финансироваться за счет налогов, отчисляемых из фонда заработной платы, но обычно не способствует увеличению ресурсов здравоохранения (Ensor and Thompson 1998, and Preker and Feacham 1995)

В соответствии с анализом Прекера и Фичама (1995) медицинское страхование в странах с переходной экономикой не мобилизует дополнительные ресурсы в сектор здравоохранения по двум причинам: (1) отчисление взносов на медицинское страхование в таких странах, как Венгрия скорее заменяет, а не дополняет бюджетные источники финансирования здравоохранения, и (2) рост безработицы и неформального сектора в таких странах, как Словакия, сократил соответствие и разрушил изначальную базу отчисления взносов. Когда государству приходится помогать несостоятельному фонду медицинского страхования, как в Чешской Республике, передача государственным бюджетом финансирования здравоохранения национальной системе медицинского страхования может даже навредить и свести к нулю усилия по сокращению государственных расходов.

В России затраты были смешанными. В начальный период обязательного медицинского страхования фактические государственные расходы здравоохранения увеличились на 24% с 1992 г. по 1994 г. (хотя эта цифра, вероятно, преувеличена по причине несоответствующего дефлятора ВВП). Однако к 1995 г. получила развитие и все еще продолжает иметь место противоположная тенденция, поскольку расходы здравоохранения сократились как в абсолютных, так и в относительных цифрах. Общее сокращение расходов здравоохранения было больше, нежели сокращение расходов в экономике страны в целом. Абсолютные расходы здравоохранения сократились на 1% в период с 1992 г. по 1995 г. (Sheiman 1997). Однако Шейман утверждает, что налог взимаемый с фонда заработной платы, защитил сектор здравоохранения от более драматического сокращения ресурсов здравоохранения.

Можно прийти к выводу, что введение медицинского страхования для простого увеличения ресурсов здравоохранения не будет иметь желаемого эффекта. Однако могут быть другие причины ввода обязательного медицинского страхования в странах, в которых уже существует бюджетная система здравоохранения. В обзоре медицинского страхования в странах с переходной экономикой, Энзор и Томпсон (1998) приходят к заключению, что страхование может быть важной движущей силой общей реформы сектора здравоохранения и может быть средством ограничивающим диапазон бесплатных медицинских услуг, обеспечиваемых государством.

Опыт Кореи показывает, что хотя национальная программа медицинского страхования, введенная в 1983 г., вводилась и разрабатывалась не совсем корректно, а также не привела к желаемым улучшениям в плане эффективности и доступности медицинской помощи, медицинское страхование изменило отношение государства и индивидуальных лиц к здравоохранению и их роли. Страхование увеличило финансовые и социальные обязательства государства в части обеспечения медицинских потребностей населения. Кроме того, программа национального страхования изменила отношение общества к здравоохранению, которое теперь рассматривается в качестве основного права. Относительная власть пациентов и поставщиков медицинских услуг также изменилась. В ранее существовавшей системе здравоохранения, финансировавшейся за счет самого населения (платные услуги), преобладала заинтересованность поставщиков медицинских услуг. В системе страхования, поставщики в некоторой степени потеряли автономию, поскольку государство начало контролировать стоимость медицинских услуг. Однако в системе страхования врачи имели доход выше чем в среднем население. (Yang 1995).

В заключение необходимо отметить, что ещё до ввода обязательного медицинского страхования необходимо четко определить её цели и результаты, ожидаемые в ходе её деятельности. Если основной целью является увеличение ресурсов здравоохранения, тогда система, скорее всего, не достигнет ожидаемых результатов в условиях экономики страны с большим сельским населением и с большой долей населения, занятого в неформальном секторе, неохваченного системой налогообложения. Если медицинское страхование вводится для того, чтобы способствовать осуществлению реформ в секторе здравоохранения и созданию качественно новых отношений между государством, поставщиками и населением, тогда новая система может увенчаться успехом.

IX. Проектирование и введение систем обязательного медицинского страхования

A. Охват населения страхованием и пакет услуг

При обзоре международного опыта касательно пакета медицинских услуг и населения, охватываемого системами обязательного медицинского страхования, были проанализированы следующие вопросы:

1. Какая часть населения охватывается обязательным медицинским страхованием и какие предоставляются услуги?
2. Если система вводится без всеобщего охвата, каким образом охват застрахованных расширяется? Какие категории населения должны входить в систему первыми (служащие; самозанятое население, пенсионеры, неработающее население, дети)?
3. Каким образом страховые пакеты услуг соотносятся с другими существующими пакетами для незастрахованного населения?
4. До введения всеобщего охвата медицинским страхованием, каким образом незастрахованное население (особенно в случае социально незащищенных групп) получает доступ к медицинской помощи?

Хенке (1992) отмечает в своем обзоре национальных систем медицинского страхования, что всеобщий охват населения медицинским страхованием с предоставлением всестороннего пакета медицинских услуг является конечной целью социального медицинского страхования, однако его нельзя достичь одним махом.. Поэтому необходимо проанализировать, каким образом эта долгосрочная цель может быть достигнута при постепенном подходе к решению вопроса.

Обзор международного опыта показывает, что в системах, где изначально отсутствует национальная система здравоохранения, уже обеспечивающая всеобщий охват населения, всеобщий охват медицинским страхованием может быть достигнут в течение нескольких лет с поэтапным включением в систему новых групп населения. Исключением является Канада, где начали со всеобщего охвата населения, постепенно увеличивая и расширяя пакет медицинских услуг..

1. Охват населения медицинским страхованием

Почти все страны, которые достигли высокого уровня или полного охвата населения медицинским страхованием, прошли через переходную стадию обязательного медицинского страхования, где охватывается только часть населения, оплачивающего страховые взносы,

либо страховые премии оплачиваются совместно застрахованным и работодателем. Страны используют разные критерии для поэтапного расширения охвата страхованием или исключения категорий населения из системы обязательного медицинского страхования на начальном этапе. Например, на Филиппинах услуги медицинского страхования не распространяются на население, которое из-за плохого доступа к медицинской помощи не может воспользоваться преимуществами медицинского страхования. В Корее национальное медицинское страхование первоначально вводилось только для служащих крупных корпораций (500 служащих или больше).

Что касается застрахованного населения, здесь необходимо четко определить категории населения, подлежащие страхованию. В некоторых странах население разбито на группы по типу занятости (государственные служащие, государственные органы управления, работники частных предприятий, самозанятое население, безработные, низкооплачиваемые рабочие и пр.) Помимо этого иногда используется классификация по профессиональным подгруппам (шахтеры, фермеры, ремесленники, рабочие, матросы и пр.). После определения категорий населения федеральным законодательством или законодательством штата закрепляется право на получение обязательного медицинского страхования некоторыми из указанных групп. Обязательное медицинское страхование может относиться ко всем лицам указанной группы или к лицам, находящимся ниже определенного уровня дохода (Henke 1992)

Обычно в неохваченное население входили безработные, люди пенсионного возраста и инвалиды. В большинстве стран, однако, закон гарантировал обеспечение медицинской помощи социально незащищенным категориям населения на период перехода к всеобщему медицинскому страхованию. Например, в некоторых странах люди пенсионного возраста охватывались страхованием в качестве иждивенцев застрахованных лиц. В других странах право на получение медицинской помощи основывалось на денежных выплатах, входящих в планы социальной защиты. Таким образом, считалось, что люди, получающие пособия по болезни, инвалидности или безработице, или пенсии, выплачиваемые за умершего супруга/или по возрасту, сделали предоплату за страхование в течение своей трудовой деятельности. На этом основании они имели право на медицинское страхование с одновременным получением других пособий или пенсий. В некоторых случаях из пенсий делались небольшие отчисления для оплаты страховых взносов пенсионеров. Для людей, получающих социальное пособие, страховой взнос оплачивался центральным или местным государственным агентством, оказывающим им социальную помощь. (Abel-Smith 1992).

2. Медицинские услуги страхования

Базовый пакет бесплатных медицинских услуг – это объем услуг, гарантированный бенефициару (национальной) системы медицинского страхования. В странах с национальными системами медицинского страхования имеется один базовый пакет медицинских услуг. Другие пакеты медицинских услуг, чаще всего предлагаемые частными компаниями, являются факультативными, т.е. потребитель решает самостоятельно, покупать эти страховые пакеты или нет. Однако ни в одной стране нет двух базовых (обязательных) пакетов медицинских услуг, охватывающих один и тот же контингент застрахованных.. И всегда приходится решать дилемму: какие принципы должны быть положены в основу определения баланса между числом бенефициаров, типом медицинских услуг и имеющимися ресурсами. По данному вопросу мы бы сделали следующие краткие предложения с учетом экспертных знаний и знания ситуации в стране.

Количество денег, потраченных фондом медицинского страхования, зависит не только от количества индивидуальных застрахованных, но и, в большой степени, от медицинских услуг, входящих в данную программу медицинского страхования. При отборе услуг, входящих в

пакет страхования, нужно учитывать потребности населения и эффективность услуг соответственно стандартам медицинской практики. (Henke 1992).

При выборе услуг, подлежащих всеобщему обеспечению, можно использовать два подхода:

1. Исключить некоторые виды клинического лечения из обязательного медицинского страхования и/ или
2. Использовать протоколы и руководство [для того, чтобы определить, какие услуги следует включить или исключить из пакета] (Van De Ven 1996)

В 1991 г. Комитет по выбору медицинской помощи при голландском правительстве рекомендовал правительству включить в пакет услуг обязательного медицинского страхования только те виды клинического лечения, которые на практике доказали свою эффективность. Все виды помощи, не получившие доказательства своей эффективности, а также методы, показавшие свою неэффективность, не должны включаться в пакет услуг обязательного медицинского страхования. Далее, Комитет рекомендовал исключить из пакета услуг обязательного медицинского страхования услуги с высокой затратностью и низкой эффективностью. Исключенные из пакета медицинского страхования медицинские услуги отнесли к категории непроемкой медицинской помощи. Комитет подчеркнул, что очень важно учитывать эффективность определенных видов лечения в связи с медицинскими показаниями и состоянием пациента. (Van de Ven 1996).

Достаточно часто в системах медицинского страхования из базового пакета медицинских услуг законодательно исключаются некоторые услуги. В некоторых случаях закон предусматривает, что исключенные услуги могут быть включены в базовый пакет медицинских услуг, если научные исследования доказывают необходимость их включения (Филиппины). В других случаях закон определяет услуги медицинского страхования по широким категориям, как, например, стоматология, диагностика и лечение заболеваний в амбулаторных и стационарных учреждениях, в то время, как конкретные услуги, входящие в каждую конкретную категорию, регулируются последующими законодательными актами, как, например, национальным основным контрактом между покупателем и поставщиком медицинских услуг (например, Болгария).

Расширение услуг базового пакета в системах всеобщего охвата страхованием обычно ограничивается расширением базового пакета до уровня, отвечающего целям, поставленным для определенных групп населения (Филиппины). Между тем, население, не охваченное национальной системой страхования, продолжает самостоятельно платить за медицинские услуги (Колумбия, Филиппины) или является бенефициаром другого пакета (пакетов) услуг как, например, услуг, предоставляемых бедному населению и оплачиваемых государством или муниципалитетами (Мексика).

Национальный акт о медицинском страховании Филиппин (PNIA) 1995 г служат хорошим примером расширения базового пакета услуг. Согласно этому акту, наряду с разработанным в общих чертах базовым пакетом медицинских услуг, администратору национальной программы медицинского страхования делегируется право добавлять в базовую программу услуги (оправданные и производительные) на основе следующих, среди прочих, критериев: (включаемые услуги группируются по приоритетам, во-первых, в плане затратной эффективности и, во-вторых, в плане максимального облегчения финансового бремени бенефициара...) (раздел 10 (d) 3, PNIA).

Основываясь на огромном опыте по развитию систем здравоохранения во всем мире, Всемирный банк предлагает руководство по рациональному расходованию государственных средств, выделяемых на базовый пакет медицинских услуг. Отчет Всемирного банка по мировому развитию 1993 г. дает описание способов инвестирования ограниченных государственных средств в затрато-эффективные базовые услуги государственного здравоохранения. За 12-22 доллара США, выделяемых на душу населения в год, развивающиеся страны получают большую отдачу от выделенных на здравоохранения средств при условии их инвестирования в базовый пакет услуг общественного здравоохранения и основных клинических услуг, включая иммунизацию, пункты здравоохранения при школах, программы по снижению потребления алкоголя и табачной продукции, программы по планированию семьи, контролю туберкулеза, контролю ИППП, профилактику и лечение детских заболеваний, как, например, острые респираторные инфекции, диарейные заболевания, корь, малярия и истощение организма в результате недоедания. Из расчета 40 долларов США в год на душу населения в пакет услуг можно включить и базовые стационарные услуги. По мере роста ресурсов системы страхования предлагаемый пакет базовых услуг может постепенно расширяться.

С другой стороны, некоторые авторы утверждают, что невозможно раз и навсегда определить пакет обязательных базовых услуг, подходящий для всех уровней развития общества, исходя только из критерия затратной эффективности. Как отмечает Ван Де Вен (1996), каждое общество должно сделать свой выбор—стоит ли тратить деньги на трансплантацию органов или костной ткани, делать лазерные операции на глаза и пр. Насколько это экономически доступно для общества? Сколь велики альтруистические предпочтения общества? Каковы альтернативные затраты расходования одного дополнительного доллара на здравоохранение? Каждое общество должно сделать свой выбор и постоянно пересматривать его.

Определение базового пакета медицинских услуг является процессом, предполагающим проведение исследований и анализа, поиска ответов на трудные политические вопросы, относящиеся, главным образом, к тому, какие медицинские услуги стоит стимулировать, какие из них экономически доступны, а какие нет. Копирование опыта других стран в плане того, что эти страны решили для себя приемлемым, не может заменить рациональное и честное решение по установлению процесса, основанного на исследовании и анализе целого комплекса финансовых факторов, а также факторов, относящихся к здравоохранению. Пакеты медицинских услуг, принятые в других странах, служат иллюстрацией к тому, насколько отличаются страны в своем подходе к определению базовых медицинских услуг, однако, это не дает ответа на главный вопрос – почему эти страны отдали предпочтение именно этим услугам (набору услуг). Опыт других стран также не может дать ответа на вопрос, какой пакет базовых услуг является наиболее оптимальным для Казахстана с точки зрения потребностей населения в услугах здравоохранения и экономической приемлемости.

В. Финансирование

При обзоре международного опыта в плане финансирования систем обязательного медицинского страхования, были проанализированы следующие вопросы:

1. Кто делает взносы в фонд медицинского страхования (работодатели/служащие/и те, и другие; государство за неработающее население пенсионные фонды, самозанятое население)?
2. Как устанавливается ставка отчисления для работодателей/служащих/, государства за неработающее население, пенсионных фондов, самозанятого населения)?

3. Поддерживается ли система финансирования из единого источника и если да, то каким образом? Если нет, то каковы последствия?
4. Имеются ли механизмы перераспределения ресурсов для повышения справедливости в системе?

1. Кто выплачивает страховые взносы

Международный опыт большинства стран показывает, что страховые премии собираются непосредственно администратором программы. Взносы за служащих осуществляются, в основном, совместно работодателем и служащим как определенный процент от фонда заработной платы. Эти взносы могут оплачиваться:

1. Работодателем и служащим в равных долях (Германия, Болгария, Корея)
2. Работодателем и служащим в разных долях (Франция, Венгрия, Чешская Республика)
3. Работодателем и государством (Корея – городские и сельские региональные программы страхования).

В большинстве случаев налог с фонда заработной платы на медицинское страхование определяется законом (Германия, Россия, Чешская Республика), однако, в других случаях закон оговаривает только его верхнюю границу, в то время как вопрос фактического объема налога определяется подзаконными (регуляторными) актами (Филиппины). Как правило, существует максимальный доход, с которого должен оплачиваться налог (Чешская Республика, Израиль).

Страховые премии самозанятого населения оплачиваются непосредственно застрахованными и, как правило, составляют определенный процент от их фактического чистого дохода за предыдущий год (Филиппины, Болгария, Тайвань).

Страховые премии за неработающее население, детей и других иждивенцев, пенсионеров и бедное население (социально незащищенные слои населения) могут выплачиваться ::

4. Служащим и его работодателем за иждивенцев (Тайвань, Филиппины, Болгария)
5. Самими пенсионерами и пенсионными фондами и/или государством (Франция, Германия)
6. Национальным правительством/бюджетом (Чешская Республика)
7. Национальными/местными органами управления/бюджетами (Филиппины, Россия, Болгария)

В то время как больших расхождений в уровне страховых премий за работающее население нет, существуют большие отличия в том, кто несет ответственность за выплату страховых премий за иждивенцев. Общая тенденция такова, что работодатели и служащие часто оплачивают весь или большую часть страхового взноса за иждивенцев. Стоит отметить, что в некоторых странах пенсионеры считаются иждивенцами (Филиппины, Тайвань). Местные бюджеты часто оплачивают часть страховых выплат за социально незащищенные группы населения, но ни в одной стране местные бюджеты не являются единственными плательщиками. Только в богатых странах, таких, как Франция и Германия, пенсионеры должны выплачивать часть страховой премии из своих пенсий. Решение относительно того, кто должен платить за социально незащищенные группы, является политическим. (Abel-Smith 1992).

2. Расчет страховой ставки

Ставка страхового взноса является основным финансовым инструментом после того, как будет принято решение по контингенту застрахованного населения и пакета услуг с одной стороны, и базовой налоговой ставки с другой стороны. Ставка налога на фонд заработной платы равен общему объему расходов на здравоохранение, деленный на базовую налоговую ставку в расчете на одного застрахованного. Налоговая ставка остается постоянной при условии, что рост затрат равен росту налоговой базовой ставки. (Henke 1992).

В странах со всеобщим охватом медицинским страхованием вклад индивидуальных застрахованных не зависит от актуарных оценок риска, связанных со здоровьем и социальным статусом, возрастом, полом, родом занятий и пр. застрахованного. При таком подходе соблюдается принцип справедливости, т. е. богатое население субсидирует бедное, здоровые субсидируют больных, работающие субсидируют пенсионеров, мужчины субсидируют женщин..

3. Система финансирования поставщиков медицинских услуг из единого источника

Система финансирования поставщиков медицинских услуг из единого источника может представлять собой одно из следующих: финансирование здравоохранения поступает из одного источника, например, национального бюджета, или это может быть система, при которой финансирование поступает из нескольких источников, но все финансовые потоки идут к одному плательщику, который несет ответственность за оплату поставщика медицинских услуг. При системе финансирования из одного источника используются единые системы финансирования поставщика медицинских услуг, создающие единые стимулы для всех поставщиков (см. Приложение 2 – опыт Казахстана в области медицинского страхования, где две различные системы оплаты поставщиков медицинских услуг создавали различные стимулы, негативно повлиявшие на эффективность системы).

Все страны, осуществляющие всеобщий охват медицинским страхованием, используют множественные источники финансирования системы здравоохранения. При этом, основными источниками являются отчисления на медицинское страхование, целенаправленные на здравоохранение, и доходы с общего налогообложения на местном или национальном уровне. Страны, в которых успешно действуют национальные системы медицинского страхования, имеют тенденцию направлять ресурсы через одну организацию-посредника, ответственного за оплату поставщиков медицинских услуг. Даже Германия, где функционируют около 700 фондов здоровья для оплаты поставщиков медицинских услуг, по сути, имеет систему финансирования из единого источника, поскольку все фонды используют одинаковые системы оплаты поставщиков услуг.

Необходимо избегать неэффективности, создаваемой не скоординированным финансированием, непоследовательной системой цен и возможностью перемещать затраты— факторами, характерными для систем оплаты из нескольких источников. Как отмечает Абель Смит.(Abel-Smith 1992), многие страны используют как налогообложение, так и страховые взносы для финансирования услуг здравоохранения, однако эти источники финансирования четко координируются. Недостаточно скоординированные множественные источники финансирования могут привести к растрате средств, как показывает опыт США

Национальные системы здравоохранения, обзор которых представлен в данном документе, в основном, используют системы финансирования поставщика услуг из единого источника. Системы финансирования поставщика медицинских услуг из единого источника, как правило, используются в переходный период ко всеобщему охвату медицинским страхованием. Когда

бюджетные средства (средства, получаемые за счет общего налогообложения) используются для оплаты услуг застрахованным в период перехода ко всеобщему медицинскому страхованию, бюджетные средства выделяются по тем же принципам оплаты поставщиков медицинских услуг, которые используются в системе медицинского страхования, или же бюджетные средства идут на оплату незастрахованной части населения, получающей услуги только в специальных уполномоченных учреждениях медицинской помощи.

4. Выводы

Международный опыт позволяет сделать следующие выводы:

1. Национальные системы медицинского страхования финансируются за счет поступлений от работодателей, служащих, само занятого населения, местных и национального бюджетов, пенсий и пенсионных фондов..
2. Вопрос, кто оплачивает какую часть от необходимого общего дохода (общих поступлений), относится к государственному финансированию, а не к финансированию здравоохранения.
3. Решение, кто должен оплачивать социально незащищенные категории населения, является политическим. Однако следует отметить, что ни при какой системе местные бюджеты не являются единственным источником финансирования страховых взносов за неработающее и малоимущее население.
4. В большинстве систем медицинского страхования налоги на медицинское страхование собираются непосредственно администратором программы.
5. Исходя из принципа социального страхования, объем индивидуальных отчислений на национальное медицинское страхование не определяется на основе актуарных оценок рисков, связанных с категориями застрахованных. Отсутствие рейтинга рисков гарантирует сохранение принципа справедливости, что является существенно важным для национальных систем медицинского страхования
6. Введение системы финансирования из единого источника является существенно важным для координации множественных источников финансирования и создания условий для эффективного использования ресурсов здравоохранения.

С. Институциональная структура

Многие системы медицинского страхования, представленные в обзоре, имеют институциональную структуру, позволяющую разделить полномочия между организацией-плательщиком услуг здравоохранения, и организациями–поставщиками услуг. Такое разделение полномочий известно как разделение *покупатель-поставщик*. Основные направления по разделению полномочий между покупателем и поставщиком медицинских услуг более детально представлены в Приложении 4.

Разделение *покупатель-поставщик* важно для создания конкурентной среды, где поставщики услуг конкурируют между собой за получение ресурсов покупателя. Если покупатель контролирует поставщика, у него всегда будет соблазн поддерживать поставщиков таким образом, что может нарушить принципы конкуренции. Эта одна из основных причин, по которой покупатель, например, фонд медицинского страхования, учреждается иногда как полугосударственное агентство, а большинство поставщиков услуг, не являющихся частными,

находятся в общественной, а не государственной собственности (например, некоммерческие неправительственные организации).

Основные функции покупателя услуг здравоохранения состоят в том, чтобы брать на себя финансовый риск по использованию медицинской помощи и выступать в роли агента пациентов и потребителей. Как агент потребителя, покупатель выступает в роли рачительного покупателя медицинской помощи от лица потребителя, обеспечивая потребителя информацией по качеству помощи и способствуя тем самым более информированному выбору поставщика медицинских услуг потребителем..

В различных странах одна или более из этих функций выполняются целым рядом покупателей, представляющих третью сторону, как, например, медицинские страховые компании (как частные, так и государственные), работодатели, профсоюзы, группы поставщиков услуг (как, например, врачи общей практики-фондодержатели в Великобритании или поликлиники-фондодержатели в России), интегрированные организации страховщиков и поставщиков медицинских услуг (организации поддержания здоровья) и государство (национальные, а также региональные или местные государственные организации). (Van de Ven et al. 1994).

Во многих странах покупателем является или Минздрав, или же Минздрав имеет власть регулировать покупателя (Франция, Германия, Великобритания, Филиппины, Тайвань). В большинстве стран администратор национального медицинского страхования находится в непосредственном подчинении Министерства здравоохранения. Это делается с целью обеспечения гарантии осуществления скоординированной политики двух инстанций, а также координации или единообразия в использовании ресурсов и оплате поставщика. В том случае, если покупатель является полугосударственным агентством и не контролируется или лишь частично контролируется Минздравом, присутствуют веские основания для очень тесной координации деятельности Минздрава и покупателя в плане систем финансирования поставщиков медицинских услуг, контроля качества и пр.

Вопрос, должны ли конкурировать между собой покупатели медицинских услуг, представляющие третью сторону в условиях проведения реформ, ориентированных на рыночную экономику, является достаточно сложным и противоречивым. В таких странах, как Бельгия, Германия, Израиль, Голландия, Россия и Швейцария выбор был сделан в пользу конкурентного рынка для третьей стороны, покупающей медицинские услуги в национальной системе страхования. Великобритания и Швеция отдали предпочтение региональной монополии третьей стороны- покупателя. В Новой Зеландии, Португалии и Италии серьезно обсуждался вопрос права на выход из государственной системы и выбора альтернативного покупателя, представляющего третью сторону, вместо регионального уполномоченного агентства здравоохранения (the Regional Health Authority), однако в итоге этот вариант был отвергнут. (Van de Ven 1996)

Система с конкурирующими фондами страхования дает более высокие административные затраты по сравнению с неконкурентной системой плательщиков. Например, в Корее имеется большое количество небольших фондов медицинского страхования (около 400 фондов, охватывающих от 30 000 до 200 000 населения). В Корее пришли к выводу, что такая система значительно увеличивает административные затраты. Административные затраты в корейской системе составляют 10-12 процентов, в то время как административные расходы в Канаде и Великобритании составляют менее 5 процентов. Кроме того, рискованные пулы при такой системе недостаточно большие и неравные, кроме того создается стимул для конкурирующих покупателей отбирать риски, привлекая страхующихся с наименьшими рисками здоровья. С такой ситуацией столкнулись в Германии, где пришлось вмешаться правительству и ввести

схему корректировки рисков для выравнивания компенсаций за переменные риски фондов здоровья. Это еще более увеличило административные затраты

Неясно, располагает ли система, создающая конкуренцию между покупателями, такими преимуществами перед системой монопольного покупателя, которые бы оправдывали значительно более высокие административные расходы на ее содержание. При наличии фиксированного пакета медицинских услуг страхования, универсальных страховых премий и уровней оплаты поставщиков медицинских услуг, независимые покупатели медицинских услуг могут конкурировать лишь на отборе страхующихся с низкими рисками. Такая конкуренция не дает преимуществ ни застрахованным, ни системе в целом. По этой причине большинство стран отказываются от институциональной структуры, предполагающей конкуренцию между покупателями.

Национальная система медицинского страхования должна иметь институциональную структуру, гарантирующую эффективное управление ресурсами и обеспечение качественной медицинской помощи. Такая институциональная система, ориентированная на рациональные цели, зависит от наличия разделения *организация-покупатель/поставщик* и содержания администрации программ страхования под юрисдикцией сектора здравоохранения. Для введения разделения *организация-покупатель/поставщик* в системе здравоохранения недостаточно только изменить форму собственности поставщика с государственной на негосударственную или частную. Существенно важным является введение рациональных, единых, основанных на конкуренции механизмов финансирования поставщиков медицинских услуг в контексте системы финансирования из единого источника и дать поставщикам право самостоятельно принимать решения по распределению (расходованию) своих ресурсов, исходя из стимулов, создаваемых новыми механизмами финансирования поставщиков медицинских услуг.

D. Финансирование поставщика медицинских услуг и качество

При осуществлении обзора международного опыта в отношении систем финансирования поставщика медицинских услуг и обеспечения качества в рамках обязательного медицинского страхования, был проведен анализ следующих вопросов:

1. Финансирование амбулаторных учреждений (врачей)
2. Финансирование стационаров
3. Контроль затрат
4. Системы контроля качества

1. Финансирование амбулаторных учреждений (врачей)

Большинство из рассматривавшихся стран имеют систему финансирования амбулаторной помощи по тарификатору (Канада, Китай, Чешская Республика, Франция, Германия, Израиль, Япония, Корея). Тарифы унифицированы и являются едиными для национального и регионального уровней. Таким образом, затраты на предоставленную услугу возмещаются по одному и тому же тарифу, независимо от того, какое учреждение и на каком уровне её предоставили. Тарификатор часто согласовывается между страховой компанией, государственными органами здравоохранения и ассоциацией, представляющей врачей. Схемы государственного страхования, которые оперируют своей собственной сетью медицинских учреждений, как в Мексике, выделяют бюджет амбулаторному учреждению и врачи оплачиваются из этого бюджета.

Страны, которые акцентируют большое внимание на первичной медико-санитарной помощи и превентивной медицине используют систему подушевого финансирования первичного звена здравоохранения, которая предполагает ежемесячное получение поставщиками фиксированного объема средств за каждого прикрепленного пациента, независимо от числа предоставленных услуг (Чили, Венгрия, Филиппины, Россия, Великобритания). Подушевое финансирование первичной медико-санитарной помощи обычно сопровождается тарификатором на предоставление диагностических или специализированных услуг.

2. Финансирование стационаров

Существуют четыре системы финансирования стационаров, которые используются системами национального обязательного медицинского страхования: глобальный бюджет, койко-дни, тарификатор и оплата по пролеченному случаю (модель КЗГ). Некоторые страны включают капитальные расходы в ставку финансирования поставщиков, а некоторые покрывают все или часть капитальных расходов из других источников, обычно национальный и/или местный бюджеты. Во многих системах используется комбинация одного или более методов. Например, Германия совмещает глобальный бюджет и оплату по койко-дням и постепенно переходит к системе финансирования стационаров по КЗГ.

Глобальные бюджеты используются обеими системами страхования: имеющими и оперирующими своими стационарами (Мексика), имеющими контракты с частными больницами (Канада, Франция). Оплата по койко-дням используется Японией и Чешской Республикой. Чешская система включает поправочные коэффициенты к финансированию по койко-дням, чтобы компенсировать точное число предоставленных услуг. Китай и Корея используют комбинацию тарификатора и прямых государственных субсидий для государственных больниц. В Корее в период с 1980 г. по 1988 г. возмещение затрат стационаров по тарификатору привело к увеличению затрат и срока пребывания в стационаре с 8,59 дней до 13,39 дней.

Некоторые страны приняли решение перейти к системе возмещения затрат стационаров по КЗГ, чтобы создать стимулы и решить проблему увеличения затрат при финансировании по койко-дням и тарификатору, а также ввести эффективные стимулы, отсутствующие в системе глобального бюджета. Страны включенные в данный обзор и переходящие к системе финансирования стационаров по КЗГ, включают Венгрию, Германию, Россию и Великобританию.

3. Контроль затрат

Из ранее представленных разделов очевидно, что многие системы государственного страхования зависят, по крайней мере частично, от возмещения затрат по тарификатору поставщиков медицинских услуг, участвующих в системе финансируемой государством. Хотя эти методы финансирования повышают эффективность использования ресурсов, поскольку создают конкуренцию и предусматривают вознаграждения за высокую продуктивность, следствием стимулов финансирования медицинских услуг по тарификатору могут явиться непомерный рост затрат. Поэтому необходимо, чтобы новые системы финансирования поставщиков медицинских услуг сопровождались механизмами контроля всех расходов здравоохранения.

Расходы могут контролироваться на основе объема предоставляемой помощи посредством ограничения общего объема выплат поставщикам. Положения, регламентирующие общий объем расходов здравоохранения, были введены во многих из рассматриваемых странах. Верхняя граница расходов может быть определена на уровне общей системы, как в Великобритании, на уровне стационаров, как в Канаде, либо на уровне индивидуального

поставщика медицинских услуг, как в Германии (Preker and Feacham 1995). Контроль затрат при помощи объема предоставляемой помощи очень сложно ввести в действие, если финансирование не осуществляется через единого плательщика.

Меры контроля затрат могут также вводиться на основе спроса, посредством контроля потребления медицинских услуг населением и ввода принципа разделения затрат, что косвенно сократит спрос на медицинские услуги. Страны, придерживающиеся стратегии контроля затрат на основе спроса, как США и Корея, не добились успеха в плане сдерживания общих затрат и ввели экономические препятствия для получения медицинских услуг, что неблагоприятно отразилось на принципе справедливости.

4. Контроль качества

В части механизмов контроля качества медицинских услуг все рассматриваемые системы предоставляют почти полностью свободный выбор поставщика медицинских услуг. Некоторые системы, как в Корее и Великобритании, требуют от врачей первичной помощи направлений для получения доступа в стационар для контроля самоуправления пациентов.

В дополнение к свободному выбору, который является средством мотивации для предоставления качественной помощи, многие, но не все страны узаконили официальную систему по контролю качества. Канада и Франция недавно начали мероприятия по передаче функций по обеспечению качества: Франция создала агентство по обеспечению качества в 1991 г., а Канада начала процесс разработки стандартных протоколов лечения. В Болгарии стандарты качества установлены ассоциациями врачей и других поставщиков медицинских услуг, которые утверждены Министерством здравоохранения. Контроль качества в Болгарии и Тайване осуществляется посредством проведения обзоров коллегами и выборочными проверками поставщиков. В Венгрии программа по обеспечению качества была введена в 1991 г. на основе стандартов качества Европейского Содружества. Во всех странах, представленных в данном обзоре, было решено разработать соответствующие информационные системы, поскольку они являются важным элементом непрерывного повышения качества.

5. Выводы

Международный опыт показывает, что системы финансирования и стимулы, которые они создают, имеют сильный эффект на все аспекты организации и обеспечения медицинской помощи. В Венгрии изменение системы финансирования поставщиков больше повлияло на характер предоставления медицинских услуг, нежели ранее осуществленные изменения по вопросам собственности и вводу медицинского страхования (Preker and Feacham 1995). В Корее после ввода системы финансирования поставщиков по тарификатору число визитов к врачам на душу населения удвоилось за последние несколько лет (Yang 1995). Кроме того, новые системы финансирования поставщиков, сопровождавшиеся введением медицинского страхования, ускорили появление частных стационаров. В 1975 г. (до ввода страхования) 34,5% стационаров Кореи были государственными, тогда как в 1987 г. государственных стационаров осталось только 12,6 %. Возможность такого впечатляющего влияния на структуру и деятельность системы обеспечения медицинской помощи обязывает проводить анализ новых стимулов и возможной реакции поставщиков, предшествующий разработке систем финансирования поставщиков.

Е. Вопросы осуществления систем медицинского страхования

Основываясь на обзоре международного опыта, можно прийти к выводу относительно путей осуществления национальных систем медицинского страхования. В целом, существуют предпосылки для ввода обязательного медицинского страхования, как в Казахстане и других

странах, унаследовавших советскую систему здравоохранения, перехода от модели медицинской помощи обеспечиваемой и финансируемой государством к национальной модели медицинского страхования:

1. Децентрализация поставщиков медицинской помощи и достаточная автономия поставщиков в плане управления ресурсами и наличие механизма осуществления новых систем финансирования на основе предоставленных услуг, а не на физических мощностях. Например, в Чешской Республике вводу медицинского страхования предшествовали децентрализация собственности и управления в секторе здравоохранения и создание механизмов осуществления новых систем финансирования поставщиков, направленные на возмещение затрат, связанных с предоставлением услуг, а не выделение фиксированного бюджета.
2. Наличие правильно функционирующего механизма сбора налогов, индивидуальных отчислений и государственные выплаты за неработающее население.
3. Относительно большая часть городского населения, занятого в формальном секторе. Из опыта Кореи ясно, что сложно обеспечить универсальный охват при обязательной системе страхования, когда большая часть населения занята в неформальном секторе или самозанята, и возникает необходимость надеяться только на лиц приобретающих страховые полисы. Таковую систему сложно укрепить и она, со временем, будет хронически недостаточно финансироваться. В 1988 г. 19% сельского населения, а в 1989 г. 29% городского населения Кореи, являвшееся самозанятым, отказалось платить взносы или присоединиться к схеме страхования.
4. Согласие в плане принципов разработки пакета медицинских услуг, соответствующего имеющимся ресурсам и механизм включения и/или исключения услуг из пакета медицинских услуг.
5. Возможность перемещения услуг в случае децентрализации программ (например, Канада). Это требует возможности осуществления финансовых переводов между областями/провинциями, и поэтому требует механизма согласования тарификатора.
6. Некоторые соглашения касающиеся того, кто и как будет покрывать дефицит программы в первые несколько лет и в долгосрочный период. Например, Тайвань и Германия покрывают дефицит за счет национальных бюджетов.

Х. Выводы и рекомендации

Следующие заключения были сделаны на основе выборочного обзора стран имеющих национальные системы обязательного медицинского страхования:

1. Важно четко определить цель медицинского страхования и какова его роль в стратегии долгосрочного развития системы здравоохранения.
2. Создание новой национальной системы медицинского страхования имеет смысл только, если высока вероятность достижения всех или нескольких основных целей:
 - Повысить общий уровень ресурсов в системе здравоохранения
 - Добиться универсального охвата основных медицинских услуг за разумный период времени

- Служить движущей силой в плане осуществления реформы сектора здравоохранения

3. Прежде чем начать запуск национальной системы медицинского страхования, необходимо провести тщательный анализ. Влияние новой системы будет огромным и значительно отразится на простых людях. Корея начала осуществление своей системы страхования без проведения предварительного анализа, и в настоящее время в системе существуют несправедливость, низкий уровень соответствия, превратные стимулы в системе финансирования и растущие затраты. И наоборот, тайваньская система страхования тщательно разрабатывалась с самого начала и имеет механизмы обеспечения непрерывных улучшений. Для системы является обычным то, что она ежегодно финансирует пятьдесят и более исследовательских проектов, осуществляемых иностранными экспертами для анализа деятельности системы и разработки предложений по её совершенствованию. Необходимо отметить, что анализ занимает определенное время, но он стоит полученных результатов и позволяет не идти путём проб и ошибок в наиболее чувствительном секторе социальной защиты. Анализ должен включать следующие основные сферы:

- Какова структура системы в настоящее время: структура системы, модели финансирования, результаты, национальные счета здравоохранения и т.д.
- Как повлияет на доступность, справедливость и эффективность использования двухуровневой системы поставщиков (поставщики, финансируемые только ФОМС за услуги, предоставляемые застрахованному населению и поставщики, финансируемые из государственного бюджета за предоставление услуг незастрахованному населению)
- Предположение или гипотезу, на чем должна будет основываться система, необходимо проверить. Таким образом, необходимо провести анализ наличия в существующем законодательстве достаточных механизмов, гарантирующих выплату местными органами взносов в систему. Либо, может ли система страхования влиять на изменение поведения поставщиков, если она должна будет финансировать последних на основе статей бюджета.

4. Тщательная разработка не только таких основных компонентов системы, как закон об обязательном медицинском страховании, но также и деталей его осуществления, выражаемых в форме положений, принимаемых различными государственными органами в равной степени важны для того, чтобы гарантировать, что правильно разработанный закон может быть приведен в исполнение в рамках законодательных и других реалий страны. Спешка в этой сфере, заканчивающаяся плохо разработанной системой может стоить значительных расходов. Все страны с хорошо разработанными системами страхования использовали знания большого числа различных экспертов, мнения и международный опыт. Они также провели исследование и анализ для лучшего понимания принцип работы системы и гарантии осуществления правильных мероприятий в процессе становления системы.

5. Система должна иметь хорошо подготовленный кадровый состав, состоящий из высококвалифицированных специалистов прошедших обучение по экономике, управлению, финансам, юридическим вопросам, политике здравоохранения. Значительное большинство этих людей должно быть способно использовать литературу на иностранных языках, которая является источником информации, помогающим вести систему к новшествам и избежать повторения ошибок национальных систем медицинского страхования других стран. Эти ошибки могут стоить дорогого – во много раз больше, чем заработная плата группы хорошо подготовленных специалистов.

XI. Библиография

Abel-Smith, B. 'Health Insurance in Developing Countries: Lessons from Experience.' *Health Policy and Planning* 7(3): 215-226.

Belien, P. 'Health Reform in Europe.' *Pharmacoeconomics* 1996; 10 Suppl. 2.

Berman, P. (editor). *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Harvard Series on Population and International Development. Harvard University Press. 1995.

Bloom, G. 'Primary Health Care Meets the Market in China and Vietnam.' *Health Policy* 44: 23-252. 1998.

Borowitz, M., O'Dougherty, S., Wickham, C., Hafner, G., Simidjijiski, J., VanDevelde, C. *Conceptual Foundations for Central Asian Republics Health Reform Model*. USAID-Funded ZdravReform Program. September 1999.

Chollet, D. and Lewis, M. 'Private Insurance: Principles and Practice.' In Sheiber, G. (editor), *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997*. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, D.C. 1997.

Dunlop, D. and Martins, J. (editors). *An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*. Economic Development Institute of The World Bank. Washington, D.C. 1995.

Ensor T. and Thompson, R. 'Health Insurance as a Catalyst to Change in Former Communist Countries?' *Health Policy* 43: 203-218. 1998.

Evans, R. and Law, M. 'The Canadian Health Care System: Where are We and How did We Get Here?' In Dunlop, D. and Martins, J. (editors), *An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*. Economic Development Institute of The World Bank. Washington, D.C. 1995.

Goldstein, E., Preker, A., Adeyi, O. and Chellaraj, G. *Trends in Health Status, Services, and Finance: The Transition in Central and Eastern Europe*. World Bank Technical Paper 341. Washington, D.C. 1996.

Government of Kazakhstan, Resolution of the Cabinet of Ministers of the Republic of Kazakhstan #1174. *Issues on the Introduction of Health Insurance*. November 23, 1993.

Government of Kazakhstan, Decree of the President of the Republic of Kazakhstan #2329. *On Health Insurance for Citizens*. June 15, 1995.

Government of Kazakhstan, Resolution of the Government of Kazakhstan #1845. *Temporary Order: Accumulation and Use of Insurance Payments Under the Mandatory Health Insurance System*. December 22, 1995.

Government of Kazakhstan, Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan #493. *On Approval of the Budget of the Mandatory Health Insurance Fund Under the Government of the Republic of Kazakhstan for 1997 and Legislative Documents Regulating Its Activities*. April, 1997.

Gu, X. Y. and Tang, S. L. 'Reform of the Chinese Health Care Financing System.' In Berman, P. (editor). *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Harvard Series on Population and International Development. Harvard University Press. 1995.

Henke, K. 'Financing a National Health Insurance.' *Health Policy* 20: 253-268. 1992.

- Ikegami N. and Hasegawa T. 'The Japanese Health Care System: A Stepwise Approach to Universal Coverage.' In Dunlop, D. and Martins, J. (editors), *An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*. Economic Development Institute of The World Bank. Washington, D.C. 1995.
- Jimenez, J. and Bossert, T. 'Chile's Health Sector Reform: Lessons from Four Reform Periods.' In Berman, P. (editor). *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Harvard Series on Population and International Development. Harvard University Press. 1995.
- Jonsson, B. and Musgrove, P. 'Government Financing of Health Care.' In Sheiber, G. (editor), *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997*. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, D.C. 1997.
- Kamke Kerstin. 'The German Health Care System and Health Care Reform.' *Health Policy* 43: 171-194. 1998.
- Lassey, M., Lassey, W. and Jinks, M. *Health Care Systems Around the World: Characteristics, Issues, Reforms*. Prentice Hall, Inc. 1997.
- Liu, Y. Rao, K. and Fei, J. 'Economic Transition and Health Transition: Comparing China and Russia.' *Health Policy* 44: 103-122. 1998.
- Nichols, L., Prescott, N. and Phua, K. 'Medical Savings Accounts for Developing Countries.' In Sheiber, G. (editor), *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997*. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, D.C. 1997.
- Organization for Economic Co-operation and Development. 'U.S. Health Care at the Cross-Roads.' *Health Policy Studies No. 1*. Paris, France. 1992.
- Porta, A. 'The Israeli National Health Insurance Law and Quality of Care.' *The International Journal for Quality in Health Care*, vol. 7, No.3, pp.281-284, 1995.
- Preker, A. and Feachem, R. *Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe*. World Bank Technical Paper No. 293. Washington, D.C. 1995.
- Sheiber, G. (editor). *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997*. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, D.C. 1997.
- Sheiber, G. and Maeda, A. 'A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries.' In Sheiber, G. (editor), *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997*. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, D.C. 1997.
- Sheiman, I. 'From Beveridge to Bismarck: Health Finance in the Russian Federation.' In Sheiber, G. (editor), *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997*. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, D.C. 1997.
- Van De Ven W., Schut F. and Rutten F. 'Forming and Reforming the Market for Third-Party Purchasing of Health Care.' *Soc. Sci. Med. Vol. 39, No. 10*, pp. 1405-1412, 1994.
- Van De Ven W. 'Market Oriented Health Care Reforms. Trends and Future Options.' *Soc. Sci. Med. Vol. 43 No.5*, pp. 655-666, 1996.
- Viveros-Long, A. 'Changes in Health Financing: The Chilean Experience.' *Soc. Sci. Med. Vol. 22, No. 3*, pp.379-385, 1986.

Yang, B. 'Issues in Health Care Delivery: The Case of Korea.' In Dunlop, D. and Martins, J. (editors), *An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*. Economic Development Institute of The World Bank. Washington, D.C. 1995.

XII. Приложение 1: Обязательное медицинское страхование. Опыт Казахстана

В настоящий момент Казахстан приступает к разработке стратегии развития системы здравоохранения на последующее десятилетие, при этом рассматривается вопрос восстановления системы обязательного медицинского страхования как дополнительный источник финансирования здравоохранения. Поскольку Казахстан имеет опыт введения национальной системы обязательного медицинского страхования, важно внимательно проанализировать этот опыт, сделав соответствующие выводы, и учесть этот опыт при разработке будущей стратегии. Опыт Казахстана по введению системы обязательного медицинского страхования не был длительным – менее трех лет. Система страхования была упразднена именно в тот момент, когда только начинали функционировать многие новые процессы и технологии системы, включая новые методы финансирования поставщиков медицинских услуг и компьютеризированные информационные системы. По этой причине трудно достоверно утверждать, каким образом эти нововведения могли бы повлиять на систему здравоохранения, если бы им дали необходимое время на развитие. Поэтому нельзя делать безапелляционные утверждения относительно того, был ли опыт по введению обязательного медицинского страхования в Казахстане успешным или нет..

Важно также отметить, что данный обзор представляет лишь часть всесторонней оценки опыта Казахстана по введению системы обязательного медицинского страхования, который необходимо сделать. Авторы данного обзора не располагают полной информацией о функционировании системы ОМС во всех областях, с одними областями они работали более тесно, с другими—менее. По этой причине не все положительные моменты, не весь накопленный опыт представлен в предлагаемом обзоре.

А. Общий обзор опыта ОМС в Казахстане

После введения обязательного медицинского страхования в порядке эксперимента в 1993 г. в Республике Казахстан была создана юридическая база для введения системы обязательного медицинского страхования на национальном уровне начиная с 1995 г. Система страхования была запущена и приступила к финансированию медицинских услуг с апреля 1996 г.

Первоначальный проект системы ОМС предполагал финансирование базового пакета медицинских услуг при всеобщем охвате населения. Перечень услуг, входящих в ОМС, ежегодно утверждался правительством. Базовый пакет услуг дополнялся другим пакетом гарантированных услуг, который финансировался из республиканского и местных бюджетов через Министерство здравоохранения. Этот объединенный пакет базовых и гарантированных услуг был довольно всесторонним – лишь незначительная часть услуг осталась неохваченной.. Эти пакеты услуг были определены по типу услуг, иногда с указанием сложности случая. Поэтому лечебным учреждениям было трудно определить, входила ли оказываемая ими услуга в базовую или гарантированную программу и, соответственно, кем должна была оплачиваться услуга – из бюджета управления здравоохранения или из Фонда ОМС.

Почти сразу после введения системы ОМС стали возникать конфликты между ФОМС и Минздравом по вопросам финансирования гарантированной и базовой программ. Поскольку бюджет финансировал АПУ по статьям бюджета, а ФОМС—по объему предоставленных услуг, по крайней мере номинально, было почти невозможно точно разделить два пакета медицинских услуг к оплате. На практике ФОМС, как правило, финансировал определенный процент бюджета АПУ, а бюджет здравоохранения финансировал оставшуюся часть через

местные управления здравоохранения. Базовая и гарантированная программы пересматривались несколько раз за трехлетний период существования ОМС с целью выяснения взаимоотношений между двумя программами.

ФОМС, администратор программы страхования, был уполномочен собирать страховые взносы. Страховые взносы за работающее население выплачивались работодателями, в то время как местные бюджеты должны были оплачивать медицинское страхование за пенсионеров, зарегистрированных безработных, детей и других социально незащищенных категорий населения. Бюджетные перечисления в ФОМС за неработающее население осуществлялись по подушевой ставке, устанавливаемой Республиканским ФОМСом с корректировкой местных органов власти.

Областные филиалы ФОМСа собирали страховые налоги и бюджетные перечисления, отчисляя определенный процент от поступлений в республиканский ФОМС. Доход ФОМСа составлял внебюджетные средства и поэтому мог аккумулироваться на областном уровне и распределяться ЛПУ новыми, не основанными на производственных мощностях, механизмами.

Финансирование ЛПУ с самого начала предполагало отход от фиксированного бюджета, основанного на производственных мощностях, к финансированию по объему предоставленных услуг. ЛПУ подготавливали реестры или списки амбулаторных обращений или стационарных случаев, которые финансировались по установленной ставке области, города или района конкретной территории. На практике ставки финансирования зачастую основывались на фиксированном бюджете ЛПУ, деленном на количество амбулаторных обращений или стационарных случаев за предыдущий год. В том случае, если ЛПУ обслуживало большее или меньшее количество случаев от запланированного и отступало от запланированного бюджета, финансирование увеличивалось или сокращалось соответственно. Однако в экспериментальных регионах реформы здравоохранения Жезказгане, Караганде и Семипалатинске областные филиалы ФОМСа значительно продвинулись вперед в плане более сложных систем финансирования поставщиков медицинских услуг. Более детально этот вопрос освещается далее по тексту.

В. Оценка опыта ОМС в Казахстане

Для оценки опыта ОМС в любой стране существует множество критериев. Цель оценки опыта Казахстана состоит не только в том, чтобы просто переосмыслить прошлый опыт, но и дать определенное направление разработчикам новой системы медицинского страхования касательно целей системы страхования, а также мер, которые необходимо принять для достижения поставленных целей. Представленные ниже критерии являются наиболее распространенными в международной практике и поэтому отобраны для оценки опыта Казахстана:

Смогла ли система ОМС:

1. Привлечь дополнительные ресурсы в систему здравоохранения
2. Повысить эффективность использования ресурсов
3. Улучшить справедливость системы здравоохранения
4. Выступить в роли движущей силы реформы сектора здравоохранения в целом

1. Привлечение дополнительных ресурсов в систему здравоохранения

Авторы данной работы не располагают необходимыми данными для того, чтобы поддерживать или отрицать утверждение о том, что система ОМС позволила привлечь дополнительные ресурсы в систему здравоохранения. Ретроспективный обзор этого вопроса представляется важным для тщательной оценки всех аргументов за и против восстановления системы ОМС. Будучи внебюджетной системой, система ОМС, возможно, смогла в определенной степени повысить предсказуемость ресурсов, имеющихся в секторе здравоохранения, поскольку взносы на медицинское страхование собирались целенаправленно на здравоохранение. До введения системы ОМС все ресурсы здравоохранения собирались через систему общего налогообложения, откуда часть дохода направлялась на здравоохранение. Новая система сбора средств могла бы сделать доход здравоохранения более прозрачным и предсказуемым. Однако появление внебюджетного фонда привело к тому, что бюджет со своими довольно значительными ресурсами несколько отстранился от нужд финансирования здравоохранения в целом, снизив свою ответственность. Свидетельством этому служат примеры невыплат местных бюджетов страховых взносов за неработающее население и невыполнение своих обязательств за финансирование гарантированной программы.

Фактически во многих случаях ФОМС являлся единственным плательщиком ЛПУ, поскольку во многих регионах местные органы власти снизили свои финансовые обязательства до столь низкого уровня, что фактически потеряли сколь либо значительное влияние на структуру, финансирование, операции и другие параметры деятельности ЛПУ и системы здравоохранения в целом. Что послужило причиной того, что ФОМС остался единственным реальным плательщиком ЛПУ -- то ли потому, что ФОМС осознал свою новую роль и ответственность в качестве нового плательщика, или же потому, что ФОМС не имел полномочий тратить деньги ни на что иное, как здравоохранение, в то время как местные органы власти имели право решать, сколько ресурсов направлять на здравоохранение или не направлять вообще -- вопрос остается открытым.

Общий вывод, который можно сделать в отсутствие фактических данных, состоит в том, что с введением системы ОМС произошел определенный сдвиг в распределении финансовой ответственности, однако вероятность того, что введение системы ОМС позволило привлечь дополнительные ресурсы в здравоохранение, маловероятна.

2. Более эффективное использование ресурсов

В данном разделе предлагается анализ следующего вопроса: способствовала ли система ОМС более эффективному использованию ресурсов здравоохранения? Ожидалось, что в качестве покупателя медицинской помощи и будучи независимой от поставщика медицинских услуг (Минздрава) в административном и финансовом плане организацией, ФОМС мог ввести новые эффективные стимулы в систему здравоохранения. Основными механизмами, которыми располагал ФОМС для повышения экономической эффективности в качестве независимого покупателя в секторе здравоохранения, были аккумуляция ресурсов здравоохранения на областном уровне, предоставление большей самостоятельности ЛПУ в плане распоряжения бюджетом и новые методы финансирования поставщиков медицинских услуг. В последующих разделах обсуждается, использовал ли ФОМС эти механизмы и если да, то каким образом, какие выводы можно сделать относительно их влияния на повышение производительности.

Аккумуляция ресурсов и самостоятельность поставщиков медицинских услуг в распоряжении своим бюджетом

ФОМС был внебюджетной организацией, что позволяло ему аккумулятировать ресурсы на областном уровне и распределять ресурсы поставщикам медицинской помощи более гибкими механизмами, дающими поставщикам больше самостоятельности в распоряжении своим бюджетом. Такая финансовая структура создавала условия, необходимые для осуществления рационализации и оплаты ЛПУ за объем проделанной работы, а не просто финансировать содержание зданий и мощностей. Роль аккумулятирования ресурсов на областном уровне и бюджетная самостоятельность ЛПУ в создании условий для проведения рационализации сектора здравоохранения обсуждается более детально в других документах (Боровитц и др., 1999г.), смотрите также краткое резюме в Приложении 3.

Одним из самых больших препятствий для осуществления рационализации сети лечебно-профилактических учреждений в странах Центральной Азии является процесс бюджетного финансирования, в результате которого создаются отдельные бюджеты, привязанные к отдельным системам обеспечения помощи на каждом административно-географическом уровне (национальном, областном, городском и районном). Создание бюджета здравоохранения на областном уровне («аккумуляция ресурсов») является чрезвычайно важным условием осуществления рационализации сети, поскольку закрытие или сокращение непроизводительных ЛПО в условиях аккумулятирования ресурсов на областном уровне может происходить без «вымывания» ресурсов из сектора здравоохранения.

Насколько были использованы преимущества ФОМСа как внебюджетной организации для аккумулятирования ресурсов здравоохранения? Несмотря на то, что ФОМС имел полномочия аккумулятировать ресурсы на областном уровне и распределять их по географическим регионам и в ЛПУ, основываясь на потребностях и уровне потребления медицинской помощи, фактически к моменту отмены системы ОМС в конце 1998г. эти возможности не были реализованы. Некоторые региональные отделения ФОМСа (Семипалатинск, Караганда) планировали ввести единый областной бюджет здравоохранения, но эти планы не были в полной мере реализованы до момента отмены ОМС, после чего все финансирование здравоохранения возвратилось в местные бюджеты. Кроме того неясно, насколько трудно было бы практически аккумулятировать ресурсы на областном уровне, что предполагает аккумулятирование ресурсов по горизонтали между всеми покупателями (фондом страхования и управлениями здравоохранения) и вертикально по всем административно-географическим уровням. Районные и городские органы власти наделены значительной самостоятельностью и полномочиями согласно Закону РК о местном самоуправлении, поэтому неясно, согласились бы они передавать все деньги из своих бюджетов в областной бюджет здравоохранения в дополнение к налогу на фонд заработной платы, собираемому под их юрисдикцией. Существование системы ОМС и внебюджетного финансирования оказалось недостаточным для аккумулятирования ресурсов здравоохранения на областном уровне. Требуется более сильное законодательное регулирование аккумулятирования ресурсов здравоохранения на областном уровне для обеспечения гарантированного поступления средств здравоохранения с местного на областной уровень.

Недостаток бюджетной автономии также мешает рационализации сети ЛПО и ограничивает возможности сектора здравоохранения в плане экономической эффективности. Согласно традиционному методу бюджетного финансирования, ЛПО получают бюджетное финансирование по статьям бюджета или бюджетной казначейской классификации. Такой механизм ограничивает возможности ЛПО в перемещении ресурсов между статьями бюджета в случае необходимости. Предоставление ЛПО самостоятельности в распоряжении бюджетом дает им возможность разрабатывать бюджеты согласно бизнес-планам, которые, в свою

очередь, корректируются в течение года по мере необходимости, соответственно перераспределяя ресурсы между статьями бюджета. Покупатель медицинских услуг осуществляет контроль над ЛПО путем утверждения годового бизнес-плана ЛПО и рассмотрения финансовых отчетов, где расходы ЛПО представлены по статьям бюджета. Однако лечебно-профилактическая организация уполномочена самостоятельно перераспределять и использовать внутренние ресурсы. Было ли использовано преимущество ФОМСа как внебюджетной организации для повышения бюджетной самостоятельности ЛПО и распределения ресурсов здравоохранения ЛПО без ограничений статей бюджета?

Что касается безстатейного финансирования ЛПУ, финансировал или нет ФОМС ЛПУ именно таким образом, --для большинства областей это почти не имело значения, поскольку ЛПУ продолжали получать фиксированный бюджет, рассчитываемый по производственным мощностям и частично финансируемый через управления здравоохранения по статьям бюджета. Хотя бюджетное финансирование часто урезалось, а для некоторых ЛПУ прекратилось и вовсе, фиксированные бюджеты остались как и были, и ФОМС добровольно взял на себя обязательства финансировать эти постатейные бюджеты..

Новые системы финансирования поставщиков медицинских услуг

Как говорилось ранее, с самого начала система ОМС предполагала введение новых систем финансирования поставщиков медицинских услуг, которые оплачивали бы ЛПУ за объем предоставленных услуг, а не по принципу бюджетного финансирования, основанному на производственных мощностях. Одна из самых первых инструкций Республиканского ФОМСа относилась к “приемлемым методам “ финансирования поставщиков медицинских услуг, куда входили подушевое финансирование для первичной помощи, тарификатор для амбулаторной специализированной помощи и оплата по пролеченному случаю для стационарной помощи (Постановление Правительства Казахстан № 1845 от 22 декабря 1995 г.)

Введение новых методов финансирования поставщиков медицинских услуг представляло собой неровный процесс- быстро прогрессировало в некоторых экспериментальных регионах реформы здравоохранения, в то время как в большинстве других регионов менялись только названия. В Жезказгане и Карагане использовались сложные системы оплаты по пролеченному случаю с использованием клиничко-затратных групп для оплаты всех больниц в области. В других областях успешно ввели подушевое финансирование для первичной помощи и тарификатор для амбулаторно-поликлинической помощи, рассчитанный по относительной шкале стоимости и ресурсоемкости. (и все еще применяется)..

Успех этих областей в разработке и введении более сложных, ориентированных на рынок, систем финансирования поставщиков медицинских услуг, объясняется несколькими факторами. Во-первых, между областными управлениями здравоохранения и ФОМСом была тесная координация по разработке систем финансирования --соответствующих, осуществимых, понятных и приемлемых для поставщиков медицинских услуг. Во-вторых, органы здравоохранения этих областей разработали и ввели новые компьютеризированные информационные системы, которые играли огромную роль как при разработке, так и введении новых систем финансирования. В-третьих, эти области стали решать проблему движения финансовых потоков в целом (аккумуляирование ресурсов на областном уровне и безстатейное финансирование), что было необходимо для нормального функционирования новых систем финансирования.

Повлияли ли новые системы финансирования, введенные ФОМСом, на деятельность поставщиков медицинских услуг в смысле более производительного использования ресурсов и улучшения качества предоставляемой помощи? Для этого поставщикам услуг нужна была

самостоятельность (полномочия) в распоряжении своими заработанными средствами. Поставщикам нужно было отойти от системы постатейного финансирования, которая жестко регламентировала сколько они должны были тратить по тем или иным категориям потребностей (статьям расходов), и получить самостоятельность в распоряжении бюджетом.

К сожалению, одно лишь финансирование из Фонда ОМС не могло изменить поведение поставщиков. Одна из причин состоит в том, что финансирование ФОМСа было своего рода «дополнением» к государственному/местному бюджету. Государство выделяло ЛПУ годовой бюджет, покрывающий некоторые статьи расходов, в то время как ФОМС финансировал некоторые другие расходы. Таким образом, ни государство, ни ФОМС формально не оплачивали ЛПУ за предоставляемые ими медицинские услуги, входящие либо в базовую, либо в гарантированную программу. Вместо этого два плательщика совместно возмещали затраты поставщиков. При этом они часто отказывались платить по счетам поставщиков под предлогом того, что определенные затраты, понесенные поставщиком, должны были возмещаться другим плательщиком. Покупатели (ФОМС и бюджет) несли совместную ответственность за финансирование ЛПУ, не признавая того факта, что у них были конфликтующие принципы финансирования.

ФОМС использовал финансовые стимулы и контролирующие механизмы для достижения более высокого качества помощи. ФОМС использовал формальную систему контрактов с целью увязывания типа и объема предоставляемых услуг с объемом оплаты. Эта была ограниченная попытка повысить эффективность использования ресурсов. Однако, в то же время, система бюджетного финансирования распределяла ресурсы поставщикам медицинских услуг на основе мощностей и исторического уровня потребления ресурсов. Такой механизм финансирования создавал стимулы для поставщиков поддерживать избыточные мощности, не беспокоясь о повышении производительности. Кроме того, два плательщика использовали различные принципы возмещения затрат. Государственное финансирование было авансированным, поскольку бюджет утверждался в начале года, в то время как финансирование ФОМСа было реагирующим (реактивным), основанным на информации от поставщиков о количестве и типах предоставленных услуг. Конечным результатом такого сосуществования конфликтующих целей и методов возмещения затрат стало то, что система ОМС Казахстана не смогла сформулировать четкую экономическую линию, не сумев, тем самым, изменить поведение поставщиков. Конфликтующие экономические стимулы в сочетании с недостаточной автономией поставщиков также помешали реальной рационализации системы обеспечения медицинской помощи, что могло бы стать попутным продуктом новых систем финансирования поставщиков медицинской помощи.

Международный опыт показывает, что опыт Казахстана не является уникальным. Системы здравоохранения со многими плательщиками часто приводят к похожим результатам. Как отмечает Абель Смит (Abel-Smith (1992)), многие страны используют и налогообложение, и страховые премии для финансирования услуг при условии очень тесной координации этих источников финансирования. Множественные источники финансирования при плохой координации могут привести к растрате средств, как показывает опыт США.

Поэтому, помимо опыта экспериментальных регионов реформирования здравоохранения, преимущества внебюджетного финансирования еще далеко не полностью реализованы. Одной из причин этому послужила двойственная система финансирования поставщиков медицинских услуг из бюджета и ФОМСа, а также отсутствие координации этих систем. Другая причина состоит в том, что в большинстве областей ФОМСу не удалось создать механизмы финансирования, ориентированные на результаты деятельности, что позволило

бы ему воспользоваться правом предоставить больше бюджетной самостоятельности ЛПУ, распределяя ресурсы без статей бюджета. ФОМС не смог воспользоваться своим привилегированным статусом внебюджетного фонда и изменить поведение поставщиков, заставив их конкурировать между собой за обеспечение затрато-эффективной и высококачественной медицинской помощи. Вместо этого, ФОМС по сути продолжал использовать те же принципы финансирования по статьям бюджета (заработная плата и прочие постатейные затраты), как и при бюджетной системе финансирования.

3. Улучшение качества

Следует отметить, что система ОМС была достаточно хорошо спроектирована для решения вопроса справедливости, поскольку имела полномочия на аккумуляцию всех ресурсов здравоохранения области на уровне области, откуда ресурсы могли перераспределяться с поправкой на возраст, пол, потребности населения в медицинской помощи в зависимости от проживания в сельском или городском регионе, географических регионов и пр. Кроме того, аккумуляция ресурсов дала возможность создать конкуренцию между поставщиками (по крайней мере, в экспериментальных областях Восточного Казахстана и Караганды), поскольку они могли оплачиваться за оказание помощи любому пациенту (зарегистрированному в СВА) или направленному к ним пациенту (в стационаре). В этом отношении ФОМС располагал необходимым механизмом для гарантирования удовлетворенности пациента, предоставляя ему право выбора врача первичной помощи, изменяя дорогостоящую тенденцию пациентов идти на прием к специалистам без направления врача первичной помощи. И снова, как говорилось ранее, эти возможности не были полностью реализованы до момента отмены ОМС в конце 1998 г. в сторону более затрато-эффективного поведения.

4. Движущая сила реформы

Послужила ли система ОМС движущей силой реформы здравоохранения в Казахстане? Как уже говорилось ранее, роль ФОМСа как движущей силы реформ была ограничена во многом из-за его зависимости от местных администраций в плане финансирования полномочий на введение широкомасштабных перемен. Роль ФОМСа в этом плане была также ослаблена хроническим недостаточным финансированием, что ставило его в положение должника перед ЛПУ. Кроме того, возможности ФОМСа конкретизировать контракты с ЛПУ и, следовательно, инициировать рационализацию системы обеспечения услуг, также ограничивались местными администрациями, которые не хотели давать ему соответствующие полномочия, ослабляя тем самым позицию местных управлений здравоохранения, находившихся в прямом подчинении местных администраций.

Однако, несмотря даже на такие ограничения, система ОМС постепенно стала изменять роли и взаимоотношения между государством, поставщиками и пациентами в системе здравоохранения. Инновационные системы финансирования поставщиков услуг, компьютеризированные информационные системы, система обеспечения качества, в основном, осуществлялись усилиями ФОМСа и в меньшей мере Минздравом в период между 1995 и 1998 гг. Кроме того, возможности, которые имелись у ФОМСа в силу его статуса внебюджетного фонда, по крайней мере, поставили на повестку дня вопросы об аккумуляции ресурсов и безстатейного финансирования. Возможно, что не столько сам ФОМС, сколько само существование нового независимого агентства, конкурирующего с Минздравом за некоторые из его традиционных функций, дало толчок к дискуссии, инновациям и переменам.

С. Заключение

Опыт обязательного медицинского страхования в Казахстане был прерван на середине пути, когда только начинали функционировать новые методы финансирования поставщиков медицинских услуг, информационные системы, новые технологии и процессы. Поэтому невозможно определить, была ли система успешной или нет. Однако из казахстанского опыта можно вынести важные уроки. Структура анализа опыта Казахстана, использованная в данной работе, может быть использована не только для оценки прошлого опыта ОМС, но и как основа для разработки любых следующих систем.

Из опыта ОМС Казахстана можно сделать следующие выводы:

1. Маловероятно, что обязательное медицинское страхование, так как оно было разработано в прежней системе, может привлечь дополнительные ресурсы в систему здравоохранения. До тех пор, пока будут необходимы ресурсы, поступающие из бюджета для финансирования отдельной программы услуг здравоохранения, а местные органы власти будут иметь выбор, выполнять или не выполнять свои обязательства, увеличение поступлений в сектор здравоохранения за счет средств медицинского страхования будет сопровождаться сокращением бюджетных средств на здравоохранение.
2. Бюджетные перечисления за неработающее население, отданные на усмотрение местных администраций, оказались ненадежным механизмом финансирования этих категорий застрахованного населения..
3. Фонд медицинского страхования как внебюджетный фонд имел преимущества в плане аккумулирования ресурсов здравоохранения на областном уровне, предоставления большей бюджетной самостоятельности ЛПО с послаблением ограничений статей бюджета. Аккумулирование ресурсов и большая бюджетная самостоятельность ЛПО позволяет осуществлять рационализацию системы обеспечения помощи и введение новых, ориентированных на рыночные отношения, систем финансирования поставщиков медицинских услуг надлежащим образом. Существование системы ОМС и внебюджетное финансирование оказались, однако, недостаточными для осуществления аккумулирования ресурсов на областном уровне и обеспечения большей бюджетной самостоятельности ЛПО. Для этого необходимы четкая политика и более сильная законодательная основа, которая бы могла гарантировать фактическое перечисление местных ресурсов здравоохранения на областной уровень с предоставлением большей бюджетной самостоятельности ЛПО. Могут быть и другие механизмы как, например, целевые бюджетные фонды, направленные на достижение тех же самых целей. Возможности применения таких механизмов необходимо изучить.
4. Новые системы финансирования поставщиков медицинских услуг были успешно введены в тех областях, где имелась тесная координация между ОУЗ и ФОМС, где были разработаны соответствующие компьютеризированные информационные системы и где приступили к рассмотрению вопроса движения финансовых потоков в целом, что необходимо для нормального функционирования новых систем финансирования (аккумулирование ресурсов на областном уровне и безстатейное финансирование
5. Новые системы финансирования имели ограниченное влияние на повышение производительности, поведение поставщика услуг и рационализацию сектора здравоохранения, т.к сосуществование двух пакетов услуг и систем финансирования создавали конфликтующие экономические стимулы для поставщиков, в то время как ЛПУ не обладали

достаточной управленческой самостоятельностью для осуществления перемен в системе обеспечения помощи с наиболее эффективным использованием создаваемых стимулов..

6. ФОМС Казахстана обвиняли в коррупции. Будучи сторонними наблюдателями деятельности ФОМСа, авторы данной работы не имеют информации относительно того, как и почему были допущены злоупотребления в системе. Однако необходимо тщательно изучить этот вопрос и предусмотреть соответствующие анти-коррупционные меры в проекте новых систем финансирования здравоохранения.

7. Фонд ОМС оживил сектор здравоохранения, открыл дискуссию о разделении покупателя и поставщика медицинских услуг. Кроме того, Фонд ОМС стал источником инноваций в области новых методов финансирования и информационных систем. Поэтому, как движущая сила реформ, Фонд ОМС начинал играть важную роль и внес очень важный вклад в развитие сектора здравоохранения Казахстана.

XIII. Приложение 2: Историческое развитие выбранных для обзора национальных систем здравоохранения

Канада:

- В 1947 г. отдельные провинции начали вводить универсальный стационарный охват.
- В 1957 г. Акт о страховании стационарных и диагностических услуг обеспечил 50% федеральное финансирование стационарной помощи, необходимой по медицинским показаниям, равно как и амбулаторные, диагностические услуги, помощь при хронических и острых заболеваниях и реабилитацию. Федеральное финансирование было возможным при следующих условиях (1) охват должен был быть универсальным; (2) в течение согласованного периода времени диагностические услуги должны были предоставляться амбулаторным пациентам; (3) сострахование было жестко ограничено; (4) капитальные расходы не были включены; (5) и не были включены психиатрические и туберкулезные больницы (они полностью финансировались на уровне провинций).
- Первоначальные планы провинций покрывали затраты только на стационарную помощь.
- Финансирование только стационарных услуг со временем привело к увеличению обращений в стационары по сравнению с другими видами помощи (лечения). К 60-м годам росло признание того, что большая часть стационарной помощи неадекватна и в ней нет необходимости.
- В переходный период до того, как универсальный охват стал комплексным, провинции имели планы медицинского страхования спонсируемые врачами. Планы страхования были добровольными, комплексными, ориентированными на занятое население. Поэтому большая часть этих планов охватывала здоровое население, но две трети населения имели что-то вроде добровольного страхования.
- В 1966 г. Акт о национальном медицинском страховании (Медикэр) обеспечил 50% федеральное финансирование страхования на уровне провинций, универсального охвата, комплексных услуг, государственное управление и целесообразный доступ к медицинской помощи.
- Все 10 провинций соответствовали условиям федерального правительства и получили программу «Медикэр» к 1971 г., и добились универсального охвата по предоставлению комплексных услуг.
- В 1984 г. Канада запретила предоставление платных услуг и выставление дополнительных счетов в рамках государственного страхования Актом о здравоохранении.

Чили:

- В 1924 г. Законом о социальной защите было обеспечено предоставление медицинских услуг работниками и служащим и их семьям (следуя немецкой модели Бисмарка).
- В 1952 г. Национальная служба здравоохранения (НСЗ) принималась и выводилась поэтапно. Эта финансируемая и обеспечиваемая государством национальная служба здравоохранения была основным поставщиком медицинских услуг в последующие 40 лет. НСЗ была принята, потому что Министерство здравоохранения указало на то, что уровень детской смертности среди незастрахованного населения был в десять раз выше, чем у застрахованного.
- Чилийская НСЗ до определенной степени схожа с британской системой; НСЗ финансировалась за счет взносов, отчисляемых на социальное страхование и общего налогообложения.
- После разработки НСЗ был принят закон по созданию отдельного государственного агентства для объединенного управления всеми стационарами. Ранее стационары представляли собой комбинацию из частных благотворительных стационаров, стационаров сферы социальной защиты и государственных санитарных организаций.
- В 60-х белые воротнички создали свою собственную отдельную систему здравоохранения (Национальную медицинскую службу для служащих). К 1968 г. эта система сформировала основу для предпочтительной системы поставщиков, с привлечением частных врачей. Бенефициары этой системы могли отказаться от государственной системы и использовать свои страховые взносы, чтобы получать услуги частнопрактикующих врачей. Это создало прецедент позволивший осуществлять сбор социального налога через частный сектор.
- В 1979 г. военный переворот, организованный правыми силами, изменил состав и идеологическую ориентацию правительства. Начали осуществляться реформы, ориентированные на рынок, с основным упором на создание сети медицинских учреждений для обслуживания наиболее бедных слоев населения.
- Была создана система единого плательщика через Национальный фонд здравоохранения, который собирал налоги с фонда заработной платы осуществляя аккумуляцию выше указанных средств и бюджетных ассигнований.
- Предоставление медицинских услуг было децентрализовано 26 региональным учреждениям.
- В 1981 г. орган, управлявший сектором ПМСП, был также децентрализован, а функции переданы муниципальным органам управления. Это предоставило возможность для развития рынка частного страхования и позволило осуществить передачу социальных налогов частным страховым компаниям (ISAPREs).

Китай:

- До основания Китайской Народной Республики все китайские крестьяне сами платили за медицинские услуги. Как врачи занимающиеся, традиционной медициной, так и врачи занимающиеся западной медициной, были поставщиками, предоставляющими платные услуги.
- После создания Китайской Народной Республики были сформированы сельскохозяйственные артели, которые создали клиники по предоставлению крестьянам первичной медико-санитарной помощи по низкой цене. Клиники оплачивались коллективами исходя из заработанных баллов. Эта система также получала средства, отчисляемые крестьянами в соответствии с механизмом предоплаты, когда крестьяне выплачивали взносы заранее и могли получить возмещение за фиксированный процент расходов на медицинскую помощь.
- Эта система распространилась по всей стране, и к середине 70-х кооперативная модель медицинской помощи была введена в 90% китайских деревень.
- Городская модель страхования была начата в 1951 г. с «Положения о страховании занятого населения КНР». Закон предусматривал, что все предприятия, имеющие более 100 рабочих и служащих, должны были присоединиться к страхованию работающих. Затраты рабочих на медицинскую помощь оплачивались предприятиями, а иждивенцы в их семьях имели право на 50% возмещение медицинских затрат.
- В 1952 г. модель страхования работающих была расширена «Положением о модели государственной медицинской помощи». В соответствии с этой моделью, все государственные служащие, равно как и студенты колледжей и университетов, имели право на бесплатную медицинскую помощь.
- В середине 80-х некоторые провинциальные и муниципальные органы управления приняли решение о том, что служащие могут получить 50% возмещение расходов на медицинскую помощь, оказанную иждивенцам из фонда благосостояния предприятия, не из фонда средств предназначенных на медицинскую помощь.
- По мере роста моделей страхования работающих, реформы ориентированные на рынок ослабили сельские кооперативные модели страхования.
- Когда ответственность за финансирование была передана от кооперативных артелей домохозяйствам в период деколлективизации сельского хозяйства в конце 70-х, многие кооперативные модели медицинской помощи разрушились. Система разрушилась по финансовым, управленческим и политическим причинам. Например, не существовало четкого руководства по этим моделям; многие модели были введены без предварительного согласования с экспертами по планированию здравоохранения и финансовому управлению.
- К 1985 г. только 5% деревень сохранили модель кооперативной медицинской помощи.

Чешская Республика:

- В 1992 г. «Проект новой системы здравоохранения»

- Демонопользация системы здравоохранения правительством
- Децентрализация контроля качества услуг
- Создание смешанного государственного и частного источника финансирования
- Большая свобода выбора пациентов
- Большая автономия поставщиков медицинских услуг
- Большой акцент на амбулаторной помощи
- К 1993 г. 14 000 врачей или одна треть врачей общей практики перешли в частный сектор.
- Почти все больницы остались в государственной собственности.
- Медицинское страхование начато в 1992 г. через Всеобщую медицинскую страховую компанию (ВМСК), являвшейся негосударственной организацией, финансируемой государством.
- Казахстан 1995 г. 73% населения, оставшееся население было охвачено ВМСК, оставшееся население было застраховано в 27 страховых компаниях, которые действовали примерно как немецкие фонды медицинского страхования; различные фонды охватывают различные категории населения (например, государственных служащих, шахтеров и т.д.); некоторые большие компании имели свое страхование.

Франция:

- Страхование было начато с обязательного участия низкооплачиваемого работающего населения в 1928 г. Акт о социальном страховании 1930 г. ввел обязательный налог с фонда заработной платы. Модель была обязательной для работающих, относящихся к низкооплачиваемой категории основных коммерческих учреждений и промышленности. Фермеры, шахтеры и другие сельские служащие, рабочие малых предприятий и низкооплачиваемые «белые воротнички» могли присоединиться к страхованию добровольно.
- Государственные субсидии выделялись в дополнение к отчисляемым с фонда заработной платы налогам, чтобы финансировать программы страхования, управлявшиеся фондами медицинского страхования или обществами взаимопомощи (созданных трудовыми союзами и организациями служащих).
- Филиалы государственного страхования были созданы на уровне провинций для лиц не имевших возможности добровольного страхования.
- В 1945 г. был принят законодательный акт для обеспечения более универсального охвата медицинским страхованием.
- В 1967 г. был достигнут почти универсальный охват, поскольку Национальный фонд медицинского страхования для работающих охватывал 76% занятого и самозанятого населения; 16% населения было охвачено отдельными моделями

страхования; специальные программы благосостояния охватывали 6% населения. Оставшиеся 2% неохваченного населения были застрахованы в соответствии с законом 1978 г., и, таким образом, был достигнут универсальный охват.

Германия:

- В 1880 г. социальное страхование было предложено Отто фон Бисмарком в качестве средства обретения политической поддержки в обмен на экономические и материальные выгоды.
- В 1883 г. был принят Акт о медицинском страховании, который стал основанием для создания обязательного медицинского страхования для голубых воротничков, а со временем и для всего населения.
- В 1911 г. был разработан второй кодекс Акта о социальном страховании, посредством которого регулировалось отчисление взносов и другие компоненты уставных фондов медицинского страхования.
- После Второй мировой войны было принято множество законодательных актов о государственном здравоохранении.
- В 1961 г. был создан Федеральный департамент здравоохранения
- В 1965 г. введены тарификаторы для врачей и стоматологических услуг (пересмотрены в 1982 г.)
- В 1972 г. принят закон о финансировании стационаров
- В 1977 г. принят спорный «Закон о сдерживании затрат медицинского страхования» за ним последовали второй и третий законы о сдерживании затрат 1982 г.
- В 1989 г. осуществлена реформа структуры медицинского страхования
- В 1995 г. принято обязательное страхование медсестринской помощи

Венгрия:

- Существовавшая до Второй мировой войны система здравоохранения была ориентирована на западную медицинскую практику. Врачи, в основном, были частнопрактикующими и иногда были связаны со страховыми компаниями.
- Хорошо организованная система медицинского страхования была сформирована в 30-х годах, в которой были заняты подготовленные врачи, обслуживавшие пациентов на дому. Около 30% населения имели какую-нибудь медицинскую страховку.
- Система страхования была отменена коммунистической властью.
- После Второй мировой войны, когда Венгрия попала под влияние СССР, была создана чрезвычайно централизованная, оперировавшаяся государством бюрократичная система здравоохранения.

- Все врачи и медсестры нанимались государством, а все больницы оперировали в качестве государственных учреждений.
- Акт о единой государственной службе здравоохранения, утвержденный в 1950 г., обеспечил базу для бесплатной и универсальной медицинской помощи, оказывавшейся всем гражданам страны.
- С 50-х по 80-е годы развивалась национальная служба здравоохранения советского типа.
- С 1989 г. система здравоохранения медленно возвращалась к ранее существовавшей более западной системе здравоохранения, основывавшейся на рыночных принципах.
- Медицинское страхование (необязательное) было введено в 1992 г. параллельно с продолжающимся государственным финансированием бюджетных медицинских учреждений.
- Частная практика для врачей поощрялась, но относительно небольшое их число стало частнопрактикующими для того, чтобы сохранить заработные платы, получаемые ими в государственных медицинских учреждениях.
- Ответственность за управление стационарами в большей степени было передано муниципальным или окружным органам управления и федерациям местных администраций; советы стационаров состоявшие из местных руководителей были ответственны за управление.

Япония:

- Закон о медицинском страховании 1922 г. обеспечил страхование шахтеров и заводских рабочих в компаниях имевших более 15 служащих. Система была построена на основе модели немецкого фонда медицинского страхования. Было введено частное страхование для больших компаний (более 700) и государственное страхование для небольших компаний.
- В 1938 г. было создано Министерство здравоохранения и благосостояния, а Закон о медицинском страховании распространил страхование на фермеров, рыбаков и другие прежде неохваченные страхованием категории населения.
- В 1958 г. посредством выдвижения требований местным органам управления гарантировать страхование всему занятому населению, был достигнут универсальный охват всех граждан.

Корея:

- Изначально сектор здравоохранения состоял из частных поставщиков, финансировавшихся за счет платных услуг, и государство не вмешивалось в их дела. Медицинское страхование было введено для повышения эффективности системы.
- В 1963 г. Актом о медицинском страховании было создано добровольное страхование. Однако, уровень участия был низок и поэтому немного было достигнуто.

- Обязательное медицинское страхование было вновь введено в середине 70-х с целью повышения эффективности и справедливости.
- Изначально программа акцентировала внимание на промышленном секторе, затем постепенно расширилась, чтобы охватить государственных работников, самозанятое сельское и городское население.
- Первая обязательная программа социальной защиты в плане здравоохранения применялась только к корпорациям имеющим более 50 работников и служащих.
- В 1979 г. была принята специальная программа для государственных служащих и учителей школ.
- В 1980 г. программа для государственных служащих распространилась на военных и пенсионеров.
- Пробел между использованием медицинской помощи застрахованным и незастрахованным населением увеличился в 80-х, что привело к политическому давлению в плане расширения страхования.
- В 1981 г. добровольное медицинское страхование было введено для охвата населения самозанятого в одной той же сфере.
- В 1983 г. обязательное страхование для корпораций распространилось на фирмы имеющие более 16 работников и служащих.
- В 1988 г. было введено сельское региональное медицинское страхование для населения занятого в фермерстве и рыболовной промышленности.
- В 1989 г. программа была введена для охвата городского самозанятого и незанятого населения, которое было единственным неохваченным страхованием населением, с охватом которого все граждане стали участниками национальной системы медицинского страхования (НСМС).
- Хотя система является «обязательной», многие домохозяйства не стали участвовать в национальной программе страхования. В 1988 г. 19% сельских домохозяйств, в 1989 г. 29% городских домохозяйств, которые должны были быть охвачены программой для «самозанятого» населения отказались платить страховые взносы или присоединиться к страхованию.

Мексика:

- Законом 1942 г. был создан Институт социального обеспечения для предоставления медицинских услуг работникам новых государственных предприятий.
- Государственное и федеральное правительство создало относительно современные медицинские центры социального обеспечения и больницы, чтобы обслуживать работающее в частных предприятиях население. Самозанятые, служащие и работники малого бизнеса, прислуга и почасовики были исключены.

- В 1954 г. работники сельского хозяйства получающие заработную плату были включены в систему социального обеспечения, но значительная часть мелких фермеров не была охвачена.
- В 1960 г. законом в систему социального обеспечения были включены все государственные служащие, но в рамках другой административной структуры социального обеспечения с более основательным пакетом услуг. Вооруженные силы и Пемекс (Pemex) (национальная нефтяная монополия) были также включены в систему социального обеспечения.
- К 1973 г. большая часть городских рабочих была включена в систему социального обеспечения и охват населения достиг примерно 45%.
- Также в 1973 г. была создана система социальной солидарности для консолидации сельских программ здравоохранения, которая стала предшественницей МИСО (Мексиканский институт социального обеспечения). МИСО нес ответственность за расширение сельских программ здравоохранения для охвата широких слоев населения на селе. Персоналом новых сельских учреждений, созданных в рамках этой программы, часто были выпускники медицинских учебных заведений, от которых требовалось прохождение одногодичной государственной службы.
- Экономический кризис 1982 г. показал необходимость реформирования системы здравоохранения.
- Поправки в Конституцию страны обеспечили право на социальную защиту, в 1984 г. был принят Закон о всеобщем здравоохранении, который по сути делегировал новому Министерству здравоохранения ответственность за реформирование сектора. Однако программы социального обеспечения не были отданы в ведение Министерства здравоохранения.

Болгария	
Охват застрахованных	Всеобщий
Пакет услуг	Профилактические медицинские и стоматологические услуги, а также услуги по ранней диагностике заболеваний; диагностика и лечение заболеваний в амбулаторных и стационарных учреждениях; медицинская реабилитация; экстренная помощь; охрана материнства и детства и аборт по медицинским показаниям или в случае беременности в результате изнасилования; стоматология; медицинская помощь на дому; амбулаторные лекарства, медицинское обследование на предмет трудоспособности; транспортные услуги по медицинским показаниям.
Институциональная структура	Национальный фонд медицинского страхования (НФМС) и его региональные отделения, организованные согласно Закону о медицинском страховании.
Система финансирования из единого источника	Да
Источники финансирования	Национальный бюджет, местные бюджеты, трудоустроенное население и работодатели, делающие выплаты в НФМС самостоятельно или в различных сочетаниях -- таким образом, трудоустроенное население и работодатели оплачивают 50% страховых взносов за трудоустроенное население; пенсионеры оплачиваются из национального бюджета. Безработные оплачиваются за счет местных бюджетов; иждивенцы покрываются за счет застрахованных служащих, которые платят 20% от 1/2 страхового взноса за первого иждивенца и 5% от 1/2 страхового взноса за последующих незастрахованных членов семьи. Страховые взносы определяются на основе минимальной заработной платы или базовой пенсии. С этой целью все бенефициары делятся на 16 различных категорий как, например, служащие, безработные, пенсионеры, арестованные, учащиеся старших классов, матери и пр., которые выплачивают страховые взносы непосредственно в НФМС.
Частное страхование	
Оплата поставщика	Методы оплаты поставщиков медицинских услуг определяются ежегодно Национальным базовым контрактом между НФМС и профессиональными ассоциациями врачей и фармакологов.
Финансирование стационаров	Методы оплаты поставщиков медицинских услуг определяются ежегодно Национальным базовым контрактом НФМС и профессиональными ассоциациями врачей и фармакологов.
Индивидуальные выплаты и сооплата	За каждое обращение к врачу или стоматологу - 1% от объема минимальной заработной платы; за каждый день госпитализации - 2% от объема минимальной заработной платы за максимум 20 дней госпитализации в течение года. Исключаются из сооплаты определенные категории людей как, например, шахтеры, безработные, мобилизованные на военную службу, люди, получающие социальное пособие, ветераны.
Контроль затрат и качества	Качество медицинской помощи определяется Национальной Ассоциацией врачей, Национальной Ассоциацией стоматологов и НФМС и утверждается Минздравом. Качество должно отвечать критериям общепринятой медицинской практике, которая определяет требования к своевременности, достаточности и качеству медицинской помощи. Контроль качества и затрат осуществляется посредством проведения обзоров, осуществляемых коллегами, а также инспекций по жалобам, проведением неожиданных проверок (методом случайной выборки) 2 % поставщиков медицинских услуг соответствующей территории и более частых проверок нарушителей.
Выбор	Выбор пациентом поставщика медицинских услуг из числа тех, кто заключил контракт с НФМС.

Канада	
Охват застрахованных	Всеобщий
Пакет услуг	Всесторонний (включая продолжительную медицинскую помощь); исключает большую часть лекарственных средств, кроме лекарств для пожилых пациентов.
Институциональная структура	Государственное управление и надзор; децентрализованные провинции (округи) наделены всеми полномочиями и несут полную ответственность за осуществление окружных планов здоровья.
Система финансирования из единого источника	Да
Источники финансирования	75% налогообложение (25% - федеральный налог и 50% - на уровне провинции) и 25% - частная оплата (включая частное страхование). Каждая провинция вправе изыскивать ресурсы по своему усмотрению: общее налогообложение, акцизные налоги (табак, алкоголь, бензин); доход от лотереи; некоторые провинции добавили налог на фонд заработной платы или одинаковый страховой взнос, выплачиваемый работодателем.
Частное страхование	Запрещено для услуг, входящих в страховые пакеты медицинских услуг на уровне округа (провинций)
Оплата поставщика	Платные услуги; устанавливаются на основе договоренности между медицинскими ассоциациями и представителями окружных (провинциальных) планов здоровья; фиксированный окружной глобальный бюджет на услуги амбулаторной помощи. Врачи имеют право выйти из государственного плана и взимать плату непосредственно с пациентов. В таком случае, однако, они не могут предъявлять счета государственному плану здоровья и поэтому немногие врачи идут на это.
Финансирование стационаров	Договорные годовые глобальные бюджеты, определяемые на основе соотношения количества коек и персонала к обслуживаемому населению; прогноз по объему и видам помощи).
Индивидуальные выплаты и сооплата	Исключены платные услуги за виды помощи, входящие в застрахованный объем медицинской помощи, однако уровень прямых (частных) выплат пациентами значителен (в основном, за лекарства и в счет частного медицинского страхования).
Контроль затрат и качества	Ограничения на максимальный уровень глобального бюджета здравоохранения провинции (округа); ограничения на физические мощности.
Выбор	Свободный выбор врача пациентом.

Чили	
Охват застрахованных	
Пакет услуг	
Институциональная структура	Национальный фонд здравоохранения (НФЗ) имеющий 26 региональных подразделений
Система финансирования из единого источника	
Источники финансирования	Все взносы собираются непосредственно НФЗ
Частное страхование	Частное страхование было создано после того, как было разрешено перечисление взносов по социальному страхованию частным компаниям. ISAPRES - альтернатива НФЗ для групп населения с высоким уровнем дохода.. Охватывает 10-15% населения. Бенефициары частного страхования могут вернуться в систему государственного медицинского страхования.
Оплата поставщика	На основе подушевого финансирования.
Финансирование стационаров	На основе клинико-статистических групп, определяемых диагнозами и эпизодами.

Индивидуальные выплаты и сооплата	
Контроль затрат и качества	
Выбор	Свободный выбор поставщик медицинских услуг и плана страхования

Китай	
Охват застрахованных	Не всеобщий (менее 30% населения); страхование работающих (все работники государственных предприятий и их иждивенцы; большая часть работников кооперативов): 17.8% населения Китая. Государственная медицинская помощь (государственные служащие): 2.4% населения. Кооперативная медицинская помощь (90% населения до 1980): 7.0% населения.
Пакет услуг	Всесторонний для застрахованных, входящих в 3 государственных плана страхования.
Институциональная структура	Децентрализована: каждый уровень власти и каждое предприятие несет ответственность за финансирование здравоохранение в пределах своей юрисдикции. Страхование рабочих и служащих, осуществляемое предприятиями; медицинская помощь для госслужащих под управлением местных органов здравоохранения и организаций. Кооперативная медицинская помощь (сельхоз коллективы), управляемая Комитетом по управлению.
Система финансирования из единого источника	Отсутствует
Источники финансирования	Страхование работающих из средств Фонда благосостояния предприятия (Enterprise Welfare Fund); 15% от общей суммы заработной платы предприятия выделяются на бюджет здравоохранения и считаются затратами производства Госслужба: Госбюджет (бенефициары должны обслуживаться в специальных учреждениях, финансируемых из бюджета); кооперативная медицинская помощь: государственные субсидии, Коллективный фонд благосостояния, индивидуальные взносы В целом, государство оплачивает 25% затрат здравоохранения; страховые планы составляют 36% от расходов здравоохранения; оставшаяся часть оплачивается непосредственно пациентами.
Частное страхование	Множество частных страховых инициатив, особенно в сельских регионах; 30% сёл ввели ту или иную форму страхования, частично финансируемого из дохода от коллективной хозяйственной деятельности или дохода от сельского фабричного производства. В 1982 г. образована Шанхайская страховая компания как коммерческое предприятие для обслуживания сельских кооперативов.
Оплата поставщика (врача)	Платные услуги
Финансирование стационаров	Платные услуги и государственные субсидии государственным больницам.
Индивидуальные выплаты и сооплата	Страхование работающих: небольшой регистрационный взнос за рабочих и служащих предприятия/50% сооплаты за иждивенцев; сооплата в государственном здравоохранении введена с 1984 г. 14% городских жителей и 93% сельских жителей лично оплачивают все услуги здравоохранения.
Контроль затрат и качества	
Выбор	Ограничения по выбору врача отсутствуют

Чешская Республика	
Охват застрахованных	73% расходов покрывает Всеобщая медицинская страховая компания (ВМСК); 27% расходов - 27 медицинских страховых компаний, которые схожи с немецкими фондами медицинского страхования - каждая из этих организаций страхует особые группы населения, например, госслужащих, шахтеров и т.д. Страховые взносы, оплачиваемые ВМСК и другими страховыми компаниями, одинаковы, но дополнительные пакеты медицинских услуг у фондов медицинского страхования лучше.
Пакет услуг	
Институциональная структура	
Система финансирования из единого источника	
Источники финансирования	Источники взносов для покрытия расходов на медицинскую страховку: государство - 34% всех затрат, работодатели и работники - 60% затрат; наличные платежи - 6%. Государство не оплачивает полную страховую сумму тем, кого страхует, поэтому работодатели и работники субсидируют тех, кого страхует государство. Общий взнос работодателя/работника составляет 13,5% от фонда заработной платы, из которых 4,5% платится работником, а остальная сумма - работодателем. Работник платит 4,5% от зарплаты, в 9 раз превышающей среднюю зарплату по стране Национальный бюджет (не местные бюджеты) оплачивает непосредственно ВМСК медицинскую помощь, оказываемую пожилым, военным, детям, другим иждивенцам.
Частное страхование	Ограниченный частный страховой рынок существует и обычно охватывает стоматологическую помощь, косметическую хирургию и другие медицинские услуги для поддержания хорошего внешнего вида
Оплата поставщика	Оплата за услугу, основанная на балльной системе по перечню 4000 компенсируемых услуг.
Финансирование стационаров	Стоимость за день подсчитанная в баллах, полученных за день. Баллы подсчитываются за каждый вид стационарных услуг. Затраты на средства производства поступают за счет муниципальных органов и других местных источников и национального правительства
Индивидуальные выплаты и сооплата	За лекарственные средства
Контроль затрат и качества	
Выбор	

Франция	
Охват застрахованных	Всеобщий
Пакет услуг	Все страховые планы обеспечивают одинаковый пакет базовых медицинских услуг; лекарства обеспечиваются согласно утвержденному перечню. Продолжительная помощь добавлена в 1981 г, однако, оплачиваются только медицинские услуги; оплата за питание и пребывание в больнице не включается.
Институциональная структура	Сильный контроль политики сектора здравоохранения со стороны центральных органов, однако система обеспечения помощи децентрализована; Министерство по социальным вопросам регулирует как обеспечение помощи, так и деятельность фондов медицинского страхования. Окружной (префектурный) комитет социальной защиты, выступающий в роли посредника между фондами медицинского страхования и поставщиками услуг; все финансовые потоки идут от страховых фондов к поставщикам через местные фонды социальной защиты. Общий фонд медицинского страхования для работающих (81%)-- управляется национальным правлением, директор которого назначается Федеральным Советом Министров Сельскохозяйственный фонд (9%); фонд профессиональный работников и самозанятого населения (5%). 6% от поступлений с налога на фонд заработной платы идет на оплату административных расходов системы медицинского страхования.
Система финансирования из единого источника	Да
Источники финансирования	74%-- фонды медицинского страхования (налог на фонд заработной платы: 12,8% работодатель и 6,8% служащие; государство выплачивает напрямую за неработающих и малоимущих; пожилое население оплачивается за счет 1,4% от социального дохода и 2,4% от пенсионного налога). 6,2%-- дополнительное страхование; 1,1% -- местные органы власти; 19% - прямые выплаты пациентов Частные страхователи выплачивают 9% налог на доход для поддержки государственных фондов страхования. Различия в уровне страховых выплат от фонда заработной платы: госслужащие – 14,85%; штат электро-газового хозяйства – 14,8%, самозанятое население – 12,8%; добровольно застрахованные – 15,5-18,25%. 1.1% от налога на доход/прибыль идет на компенсацию дефицита средств; добавляются налоги на алкоголь и табачную продукцию.
Частное страхование	Услуги, превышающие пакет услуг государственного страхования; 80% населения имеет частные медицинские страховки, покрывающие сооплату и дополнительные услуги.
Оплата поставщика	Тарифы -- по шкале относительной стоимости (регулярно пересматриваются национальным комитетом врачей, органами социальной защиты и Министерством по социальным вопросам). Конкретные расценки на услуги, определяемые по договоренности между медицинскими ассоциациями и страховыми организациями социальной защиты.
Финансирование стационаров	Государственные и частные больницы: глобальные бюджеты введены с 1991 г. Региональные верхние ограничения на расходы больниц -могут устанавливаться федеральным правительством Фонды социальной защиты в регионах делают выплаты в бюджет за каждую государственную больницу согласно ее доле в общем объеме госпитализаций за предыдущий год.

	<p>Может быть запрошено дополнительное финансирование в случае более высоких затрат на лечение пациента, чем предусматривалось.</p> <p>Частные больницы: платные услуги; в общем более высокий уровень возмещения затрат, чем у государственных больниц, поскольку включаются и капитальные затраты (капитальные затраты государственных больниц оплачиваются отдельно).</p> <p>92% затрат государственных и частных больниц покрываются государственными фондами страхования; только 8% -- посредством оплаты из частных источников или частного дополнительного медицинского страхования.</p>
Индивидуальные выплаты и сооплата	<p>Пациенты сначала сами оплачивают услуги врача, а затем получают 75-процентное возмещение из фонда медицинского страхования.</p> <p>20% --сооплата для стационарной помощи (исключая пенсионеров и малоимущих); ставка сооплаты за лекарства варьирует: 0 - за жизненно важные лекарства до 60% за "дополнительные" лекарства.</p>
Контроль затрат и качества	<p>Агентство по обеспечению качества организовано в 1991 г.;</p> <p>"умные карточки" для ведения компьютеризированной медицинской документации.</p>
Выбор	<p>Выбор страхового фонда (компания) отсутствует.</p> <p>Полный свободный выбор поставщика пациентом.</p>

Германия	
Охват застрахованных	<p>Универсальный</p> <p>90% охвачено Уставной системой страхования (УСС) - открыта для всех, но обязательна для населения зарабатывающего до 55 000 марок (поправки вносятся ежегодно) и пенсионеров находившихся в данной системе страхования до выхода на пенсию. Также охватывает иждивенцев.</p> <p>90% УСС составляют лица застрахованные по обязательному медицинскому страхованию и 10% лица застрахованные добровольно.</p> <p>9% охвачено частным фондом страхования (ЧФС) - может быть выбран лицами, чей доход превышает 55 000 марок (поправки вносятся ежегодно). Выбравшие ЧФС выбывают из УСС и могут вновь застраховаться в УСС, если их месячный доход станет ниже установленной верхней границы заработной платы.</p> <p>0,7% охвачены специальной государственной программой для страхования служащих полиции и военных.</p> <p>0,3% никогда не были застрахованы.</p>
Пакет услуг	<p>Следующий общий перечень медицинских услуг должен быть охвачен каждым фондом медицинского страхования: амбулаторная помощь; все виды стационарной помощи; выписка лекарственных средств врачом; стоматологические услуги; медицинские расходные материалы и приспособления, оздоровление.</p> <p>Некоторые услуги (например, стоматологические) частично застрахованы, а также возможно сострахование для их полного охвата.</p>
Институциональная структура	<p>Министерство здравоохранения жестко управляет фондами медицинского страхования (в основном негосударственными организациями, а также некоторыми частными), имеющими договора с поставщиками медицинских услуг.</p>
Система финансирования из единого источника	<p>Эквивалент единого плательщика на региональном уровне - результат переговоров о фиксированных ставках между ассоциацией страховых фондов и ассоциацией врачей.</p>
Источники финансирования	<p>12% из государственного бюджета, остальное - за счет страховых взносов работодателей и занятого населения.</p> <p>Взносы собираются фондами медицинского страхования, выплачиваемые в качестве налога из фонда заработной платы и работодателями; средняя ставка взноса для работающего населения - 13,5%, выплачивается в равных долях работником и работодателем.</p> <p>Пенсионеры выплачивают страховые взносы из пенсий, ставка отчисления которых в фонды медицинского страхования определяется на национальном уровне. 50% их</p>

	общих отчислений выплачивается уставным пенсионным фондом (доля "работодателя"). Остальное финансируется за счет специальных отчислений занятого населения.
Частное страхование	Доступно занятому населению, зарабатывающему более 55 000 немецких марок (в эту минимальную сумму вносятся поправки ежегодно). Выбравшие частное страхование не могут вернуться в государственную систему страхования, если только уровень их дохода не станет ниже установленной верхней границы заработной платы.
Оплата поставщика	За амбулаторные услуги ассоциация врачей получала подушевое финансирование от фондов медицинского страхования, за счет которого затем оплачивались врачи за каждую предоставленную единицу услуги до 1997 г., в настоящее время финансирование осуществляется в соответствии с количеством пролеченных случаев. Глобальные бюджеты распределяются поквартально учреждениям ПМСП.
Финансирование стационаров	Владельцы стационаров согласовывают перспективный бюджет с ассоциацией фондов медицинского страхования на местном уровне. Система финансирования стационаров переходит от фиксированной оплаты по койко-дням к КЗГ. 30% стационаров финансируются на основе КЗГ, а остальные по койко-дням. Капитальные расходы (определяемые как строительные расходы + затраты на оборудование долговременного пользования) финансируются за счет средств государственного бюджета (например, налогов).
Индивидуальные выплаты и сооплата	Большинство населения осуществляет сооплату за стоматологические услуги. Сооплата 4,6, и 8 марок за различные пакеты лекарственных средств. Фиксированные взносы в сумме 20 марок в год для покрытия расходов по содержанию стационаров. Общая максимальная сумма сооплаты не может превышать 2% совокупного годового дохода. Следующие категории населения освобождены от сооплаты: безработные, получатели социальных пособий, лица с низким заработком, дети до 18 лет и студенты получающие стипендию.
Контроль затрат и качества	Тарификатор согласовывается на национальном уровне между ассоциацией фондов медицинского страхования и ассоциацией врачей. Максимальное верхнее ограничение расходов на предоставление услуг согласовано в 1985 г., после ввода половозрастных поправочных коэффициентов.
Выбор	Пациенты могут свободно выбирать поставщика первичной медико-санитарной помощи. Они имеют право выбирать (переходить от одного к другому) фонд медицинского страхования раз в год.

Венгрия	
Охват застрахованных	Универсальный
Пакет услуг	
Институциональная структура	Национальный фонд медицинского страхования, являющийся самофинансируемым и частично самостоятельным агентством.
Система финансирования из единого источника	Нет
Источники финансирования	Министерство здравоохранения и средства, собираемые за счет налогов на уровне регионов позволяют финансировать медицинские услуги и учреждения на местном уровне. Национальный фонд медицинского страхования - отчисления из фонда заработной платы работодателем и работниками, а также из фонда федеральных налогов для охвата неработающего населения. Сумма общего социального налога разделена между двумя фондами, одним из которых является фонд медицинского страхования (40% от прибыли).
Частное страхование	Разрешено частное и государственное медицинское страхование для предоставления

	полного пакета медицинских услуг.
Оплата поставщика	Подушевое финансирование для врачей ПМСП; платные услуги для специалистов.
Финансирование стационаров	Тарификатор на основе "клинико-затратных групп".
Индивидуальные выплаты и сооплата	Программа обеспечения качества создана в 1991 г. на основе стандартов качества Европейского Сообщества. Подход управления качеством используется для улучшения административных, управленческих навыков и навыков коллективной работы, но отсутствие развитой информационной системы ограничивает успех.
Контроль затрат и качества	
Выбор	

Израиль	
Охват застрахованных	Универсальный охват
Пакет услуг	Базовый пакет медицинских услуг доступен всем и включает: профилактику; медицинское образование; амбулаторную и психиатрическую помощь; госпитализацию по причине общих заболеваний; медицинская и психологическую реабилитация; обеспечение лекарственных средств и медицинских инструментов; стоматологическую профилактику детей; неотложную и скорую помощь; реабилитацию алкоголиков и наркоманов. Добровольный (альтернативный) пакет финансируется за счет добровольных взносов.
Институциональная структура	Министерство здравоохранения координирует работу фондов медицинского страхования и наделено полномочиями приостанавливать их сертификацию.
Система финансирования из единого источника	Да
Источники финансирования	Обязательный налог, выплачиваемый из фонда заработной платы (на основе доходов), в размере 3,1% от зарплаты или части заработной платы ниже на 50% среднеустановленной заработной платы по стране и 4,8% от части заработной платы, превышающей на 50% среднеустановленную заработную плату по стране. Максимальная налогооблагаемая сумма: с заработной платы, в четыре раза превышающей среднеустановленную заработную плату по стране. Граждане могут вносить добровольный дополнительный страховой взнос в дополнение к указанному выше для получения дополнительных медицинских услуг, не включенных в базовый пакет. Взносы предназначенные для здравоохранения собираются Национальным страховым учреждением.
Частное страхование	
Оплата поставщика	
Финансирование стационаров	
Индивидуальные выплаты и сооплата	
Контроль затрат и качества	Качество. Министерство здравоохранения постепенно переходит от функций поставщика медицинских услуг (владелец медицинских учреждений) к функциям по контролю качества медицинских услуг. Законом установленное распределение фиксированных средств на проверку соответствия качества управляется национальным комитетом по контролю качества.
Выбор	Свободный выбор фонда медицинского страхования. Фонды медицинского страхования должны страховать любого подавшего заявление на страхование.

Япония	
Охват застрахованных	<p>Всеобщий: 35% охватываются национальными планами медицинского страхования (сельскохозяйственные рабочие, самозанятое население, пожилые люди-иждивенцы, безработные);</p> <p>29% охватываются государственными страховыми обществами, финансируемыми работодателями (профессиональные оплачиваемые работники; малые предприятия; моряки;</p> <p>26% охватываются частным страхованием (оплачиваемые работники крупных предприятий);</p> <p>10% охватываются обществами взаимопомощи (госслужащие на национальном и местном уровне);</p>
Пакет услуг	<p>Минимальный пакет услуг, оговоренный законом, должен обеспечиваться по всем страховым схемам, включая врачебные и стационарные услуги; продолжительную медицинскую помощь, стоматологию и лекарства, выписанные врачом. Пакеты медицинских услуг, превышающие минимальный пакет, делятся на 4 типа страховых планов, причем, национальный план медицинского страхования является наименее "щедрым".</p>
Институциональная структура	<p>Централизованное управление системой в целом, однако система обеспечения помощи в высокой степени децентрализована. Фонд социального страхования по оплате медицинских услуг -- полугосударственная организация на уровне провинции (префектуры), играющая роль посредника между страховыми планами и поставщиками услуг при рассмотрении жалоб и пр.</p>
Система финансирования из единого источника	<p>Отсутствует, однако имеется единый тарификатор на услуги.</p>
Источники финансирования	<p>Взносы работодателя за служащих; местные органы управления обеспечивают страхование безработных.</p> <p>Национальное медицинское страхование: общий налог (50%) и страховые взносы от самозанятого населения.</p> <p>Государственные планы страхования: взносы от работающих; национальные государственные субсидии (16 %).</p> <p>Частное страхование: отчисления от фонда заработной платы (3-9.5%)</p>
Частное страхование	<p>Частные страховые фонды (компании) поощряются к обеспечению только дополнительных услуг.</p>
Оплата поставщика	<p>Платные услуги; национальный тарификатор, рассчитанный по шкале относительной стоимости; региональные различия в оплате отсутствуют.</p>
Финансирование стационаров	<p>Национальный тарификатор на основе ставок по койко-дням ; ставки по койко-дням едины для всех регионов.</p>
Индивидуальные выплаты и сооплата	<p>Национальная система медицинского страхования: 30% сооплаты.</p> <p>Частное страхование: служащие - 10% сооплаты; иждивенцы - 20%, стационарные больные - 30%, амбулаторные</p> <p>В целом, прямая оплата услуг пациентом составляет 12% от расходов на здравоохранение</p>
Контроль затрат и качества	<p>Затраты на здравоохранение определяются государством в соответствии с поставленными задачами и увязываются с ростом ВВП; контроль цен на лекарства; ограничения на повышение цен на услуги поставщиками</p> <p>Обеспечение качества является проблемой; отсутствуют четкие стандарты клинической практики или профессиональной подотчетности.</p>
Выбор	<p>Свободный выбор врача и больницы; выбор страховщика отсутствует.</p>

Корея	
Охват застрахованных	<p>Универсальный: 90% населения охвачено по схемам страхования и 10% государственными программами помощи населению.</p>
Пакет услуг	<p>Государство определяет пакет медицинских услуг, который включает большинство</p>

	амбулаторных и стационарных услуг; услуги ограничиваются 180 койко-днями в год. Дополнительная государственная программа медицинской помощи для слоев населения с низким уровнем дохода.
Институциональная структура	313 независимых некоммерческих, корпоративных и региональных обществ страхования; каждое общество имеет свою административную структуру и несет ответственность за финансирование текущих обращений за медицинской помощью. Застрахованных. На практике автономия фондов медицинского страхования ограничена жестким руководством центральных властей, существует незначительная конкуренция между фондами. Административные функции (рассмотрение претензий и финансирование, сбор данных) выполняются Корейской корпорацией медицинского страхования и Федерацией корейских обществ медицинского страхования. Поскольку Министерство здравоохранения и социальной защиты осуществляет мониторинг этих двух органов, они могут рассматриваться в качестве государственных агентств. Каждое общество страхования имеет своего директора и менеджеров, в основном, являющихся служащими назначаемыми правительством
Система финансирования из единого источника	Нет
Источники финансирования	Взносы работодателей и работников: по корпоративной программе, взносы выплачиваются в равных долях работодателем и работником; по городской и сельской программе взносы выплачиваются в равных долях государством и застрахованным. Для группы планов страхования, охватывающей корпоративный сектор и государственных служащих, работники отчисляют 3,4-4,6% от номинальной заработной платы. Для городских и сельских региональных программ, семьи ежемесячно отчисляют взносы основываясь на классе доходов.
Частное страхование	Незначительное число частных страховых фондов.
Оплата поставщика	Тарификатор для услуг охваченных страхованием; государство определяет тарификатор, но согласовывает со всеми участвующими сторонами Сумма, устанавливаемая в качестве надбавки на услугу, позволяющая поставщикам медицинских услуг получать прибыль.
Финансирование стационаров	Тарификатор для услуг охваченных страхованием; государство определяет тарификатор, но согласовывает со всеми участвующими сторонами.
Индивидуальные выплаты и сооплата	3 типа разделения затрат: отчисления, ставка сострахования 30% на амбулаторные учреждения; 50% дневной стационар; и 55% полный стационар. Неформальное разделение затрат посредством специальных взносов формально не являющихся частью схем страхования.
Контроль затрат и качества	
Выбор	Система направлений требует от пациентов получения направления в стационар от амбулаторного врача.

Мексика	
Охват застрахованных	47% населения охвачено двумя основными государственными схемами страхования (Социальное обеспечение и Институт госслужащих) 36% затрат покрывается программой Министерства здравоохранения ; 7% идут непосредственно в частный сектор; 12% не идут непосредственно на медицинскую помощь
Пакет услуг	
Институциональная структура	Система социального обеспечения отвечает за финансирование и предоставление медицинской помощи застрахованному населению; независима от Министерства

	<p>здравоохранения.</p> <p>Институт социального обеспечения сохраняет собственную сеть медицинских учреждений--качество предоставления услуг здесь выше, чем в государственной системе МЗ отвечает за финансирование и предоставление медицинской помощи той части системы, которая финансируется из бюджета</p>
Система финансирования из единого источника	Нет
Источники финансирования	<p>Страховой взнос за социальное обеспечение составляет 13,9% от минимальной заработной платы г. Мехико</p> <p>Страховой взнос работника составлял 3%, но недавно он был изменен и вычисляется по более сложной формуле.</p> <p>Бюджет МЗ финансируется из общих доходов</p>
Частное страхование	
Оплата поставщика	75% врачей получает зарплату по одной из программ, спонсируемой государством 25% врачей получает плату за каждую услугу на частной основе
Финансирование стационаров	Федеральное правительство оплачивает около 79% расходов стационаров через программы социального обеспечения и Министерства здравоохранения.
Индивидуальные выплаты и сооплата	
Контроль затрат и качества	
Выбор	

Филиппины	
Охват застрахованных	<p>Те члены общества, которые охвачены существующими государственными программами медицинского страхования, автоматически становятся членами новой национальной программы медицинского страхования, другие граждане входят в эту программу постепенно.</p> <p>Членами этой программы также являются лица, вышедшие на пенсию до того момента, как вошел в силу закон о медицинском страховании, они имеют право на пакет медицинских услуг. Членами этой программы также являются те, кто достиг пенсионного возраста после вступления закона в силу и заплатил минимум 120 ежемесячных страховых взносов.</p> <p>Граждане в тех районах, куда доступ к медицинской помощи затруднен (отдаленные районы), не включаются в программу до тех пор, пока Филиппинская корпорация медицинского страхования (ФКМС) не сможет обеспечить приемлемый доступ в эти районы.</p>
Пакет услуг	<p>Стационарная помощь: палата и койка; услуги медицинских работников; диагностическое, лабораторное и другое медицинское оборудование; использование хирургического и медицинского оборудования; лекарства и АС биологического происхождения, выписанные врачом; просветительная работа в стационаре</p> <p>Амбулаторная помощь: услуги медицинских работников; диагностические, лабораторные и другие услуги медицинского обследования; профилактические услуги; лекарства и АС биологического происхождения, выписанные врачом</p> <p>Услуги скорой помощи и услуги перевозки. Другие услуги, которые ФКМС определяет как соответствующие и затрато-эффективные по следующим приоритетам: сначала затрато-эффективность, затем - возможность максимального снижения финансовых расходов получателей медицинских услуг .</p> <p>Ряд услуг полностью исключен из пакета медицинских услуг до решения ФКМС об их включении. Примеры: лекарства и приборы, не выписанные врачом; амбулаторная психотерапия и консультации в связи с психическими расстройствами, лечение наркоманов и алкоголиков, услуги на дому и реабилитационные услуги;</p>

	<p>оптометрические услуги, нормальные роды с помощью акушерки и затрато-неэффективные процедуры, определенные ФКМС.</p> <p>Закон о медицинском страховании предусматривает, что в течение первой стадии реализации программы медицинского страхования, но не более 5 лет, базовый пакет медицинских услуг должен быть определен на основании стоимости этого пакета и имеющихся государственных (национальных или местных) субсидий для охвата самых широких возможных слоев того населения, которое не обладает видимыми источниками дохода, или чей доход недостаточен для пропитания их семей.</p> <p>Некоторые члены общества получают так называемый дополнительный пакет медицинских услуг, который управляется отдельными фондами, созданными ФКМС. Эти члены общества - члены программы социального обеспечения Медикар</p>
Институциональная структура	<p>Филиппинская корпорация медицинского страхования - ФКМС - (организация, освобожденная от налогов), которая по соображениям координации и руководства программными мероприятиями присоединена к МЗ (Департаменту по здравоохранению). ФКМС располагает офисами в каждой провинции или отдельном городе, или же любом другом месте, где оказание медицинской помощи поближе к членам программы медицинского страхования обоснованно.</p> <p>ФКМС руководит национальным фондом медицинского страхования (это не организация, а просто объединенный фонд) и дополнительными фондами, которые созданы для покрытия расходов на пакет медицинских услуг, превышающий основные услуги определенных членов общества (SSS и GSIS Медикар)</p> <p>Средства в дополнительных фондах являются остаточными после того, как ФКМС произведет отчисления из взноса вышеупомянутых членов общества их обязательного взноса ФКМС. Правление ФКМС утверждает дополнительный пакет услуг на основании имеющихся ресурсов в фондах дополнительного пакета услуг</p>
Система финансирования из единого источника	Да
Источники финансирования	<p>Членские взносы основываются на схеме, определенной ФКМС и отражающей разумный, равный и прогрессивный вклад каждого на основании страховых исследований и исходя из следующих директив:</p> <p>На страховые взносы идет не более 3% месячной зарплаты. Взносы платятся работодателями и работниками.</p> <p>Взносы, делаемые от имени неимущего населения, поступают от: национального правительства - до 90%, а остальная часть выплачивается местными органами управления и ФКМС. Взнос за неимущих не должен превышать минимальный взнос, устанавливаемый для работающего населения</p>
Частное страхование	
Оплата поставщика	<p>Закон о медицинском страховании разрешает ФКМС выбирать между следующими механизмами оплаты услуг поставщика медицинских услуг для государственных и частных поставщиков:</p> <p>Плата за каждую услугу основана на механизмах, созданных ФКМС. Они могут быть разделены на оплату специалистам и оплату за стационарные услуги или и то и другое.</p> <p>Оплата должна полагаться на схему, которая должна пересматриваться каждые три года.</p> <p>Подушное финансирование – устанавливается на основании ежегодных директив, издаваемых ФКМС по подушному нормативу</p> <p>Сочетание оплаты за услугу и подушное финансирование или любая из них – из основного бюджета</p>
Финансирование стационаров	См. предыдущую колонку "Оплата поставщика"
Индивидуальные выплаты и сооплата	
Контроль затрат и качества	ФКМС устанавливает такие правила и стандарты, которые необходимы для гарантии качества обслуживания, потребления услуг и удовлетворения пациентов

	Стоимость программы медицинского страхования не должна превышать 12% суммы всех взносов и не должна быть меньше 3% инвестиционных поступлений за предшествующий год.
Выбор	

Россия	
Охват застрахованных	Универсальный
Пакет услуг	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования обеспечивает базовый пакет медицинских услуг, а региональные фонды обеспечивают финансирование дополнительный пакет услуг.
Институциональная структура	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования курирует региональные фонды; региональные подразделения фонда страхования разрабатывают положения, управляют процессом рассмотрения претензий и производят выплаты поставщикам. В некоторых областях существует региональный фонд и сеть конкурирующих страхователей. Национальные и региональные фонды являются государственными, некоммерческими организациями, подотчетными государственным органам.
Система финансирования из единого источника	Нет
Источники финансирования	3,2% отчислений из фонда заработной платы, взносы из местных бюджетов за неработающее население и общий налог на прибыль. 1995 г.: доходная часть общего бюджета - 73,9%; налог с фонда заработной платы – 26,1% Если конкурирующие страхователи существуют в области, региональные фонды медицинского страхования аккумулируют средства и распределяют страхователям на основе формулы расчета подушевого норматива.
Частное страхование	Частное страхование за дополнительные услуги, не включенные в государственный пакет медицинских услуг. Частное страхование покрывает 3-5% затрат здравоохранения.
Оплата поставщика	19,4% поликлиник финансируются по подушевому принципу; 14% - по пролеченным случаям; 12,2% - платные услуги; 10% - комбинированные методы финансирования.
Финансирование стационаров	В рамках обязательного страхования 60% стационаров финансируются в соответствии со своего рода системой финансирования по пролеченным случаям.
Индивидуальные выплаты и сооплата	Сооплата за некоторые виды услуг.
Контроль затрат и качества	
Выбор	

Тайвань	
Охват застрахованных	Всеобщий
Пакет услуг	Услуги обеспечиваются в случае болезни, травмы или беременности и родов. Услуги, неоплачиваемые в любом из трех случаев, включают: иммунизацию (оплачиваемую государством), косметическую и профилактическую хирургию, искусственную репродукцию человека, переливание крови за исключением экстренных случаев, услуг дневного стационара, клинических испытаний, питания, слуховых аппаратов, инвалидных колясок, безрецептурных лекарств, а также безрецептурных лекарств, которые следует принимать под контролем врача; прочее лечение и лекарства, определяемые Минздравом.

Институциональная структура	Бюро национального медицинского страхования (БНМС) подчиняется Минздраву. БНМС имеет 6 основных филиалов, каждый из которых отвечает за один из следующих видов деятельности: обработка заявлений на медицинское страхование; сбор страховых взносов, оплата медицинских расходов, управление поставщиками, заключившими контракт с фондом.
Система финансирования из единого источника	Да
Источники финансирования	Население делится на 6 категорий (напр., в 5 категорию входят малоимущие семьи, в категорию 6 входят ветераны и члены семей ветеранов). Взносы за каждую категорию оплачиваются по крайней мере двумя из следующих трех основных сторон: застрахованный, государство (национальный и/или местный уровень) и работодатель. Охватываются также и иждивенцы застрахованных граждан, включая неработающего/ую супруга/у, детей и родителей. В течение первых двух лет работы медицинского страхования недостающая разница между собираемыми страховыми взносами и фактическими расходами покрывалась национальным бюджетом. Общий бюджет БНМС ежегодно утверждается парламентом.
Частное страхование	
Оплата поставщика	Прим.: Вводится следующая система финансирования поставщика - по пролеченному случаю для некоторых заболеваний и подушевое финансирование для отдаленных островов.
Финансирование стационаров	Методы распределения финансирования определяются ежегодно посредством договоренности между плательщиками страховых взносов, поставщиками услуг и БНМС/Минздрав. Соглашение отражает ограничения общего годового бюджета БНМС, утверждаемого парламентом.
Индивидуальные выплаты и сооплата	Индивидуальный взнос составляет 4,25% - 6% от фонда заработной платы; застрахованный выплачивает взнос за своих иждивенцев. Более чем за трех иждивенцев застрахованный выплачивает взнос в расчете за трех человек. Государство и работодатели также доплачивают страховку иждивенцев по большинству категорий застрахованных. Исключаются из сооплаты: больные, страдающие основными заболеваниями или имеющими травмы, подтвержденные справками (более 350 000); родовспоможение; профилактические услуги; помощь в горных регионах и на отдаленных островах. Сооплата за амбулаторные услуги: 20% затрат на амбулаторную или экстренную помощь; 30%-- при посещении амбулаторных отделений региональных больниц без направления врача; 50%-- при посещении амбулаторных отделений медицинских центров без направления врача. Сооплата за стационарную помощь: послеоперационный блок -- 10% за первые 30 дней; 20 % за 31-60 дней; 30% за 60 и более дней. Палата для хронических больных: 5% за первые 30 дней; 10% за 31-90 дней; 20% за 91-180 дней; 30% за 181 день и более. Бенефициары, превышающие количество визитов врача, оплачивают услуги по более высокой цене + небольшой сбор за каждый эпизод реабилитационной терапии. Разрабатывается план сооплаты за лекарства.
Контроль затрат и качества	Контроль качества: обзор коллег, правила обзора утверждаются Минздравом. С целью установления баланса между доходами и расходами фонда организуется резервный фонд, включающий: 5% от: ежегодного излишка средств, избыточный сбор страховых взносов, прибыль с деятельности резервного фонда. Общий размер фонда должен приблизительно равняться общему объему трехмесячного финансирования медицинских услуг, входящих в пакет страхования. Бюджет БНМС составляет 3,5% от общего ежегодного объема выплат на медицинские услуги (не взносов). Уровень удовлетворенности пациента БНМС регулярно оценивается.
Выбор	

XIV. Приложение 3. Аккумуляция ресурсов здравоохранения и безстатейное финансирование



ZdravReform/ЗдравРеформ

Аккумуляция ресурсов здравоохранения

Сентябрь 1999 г.

Submitted by the *ZdravReform* Program to:

USAID/CAR

Funded by:

AID Contract No. CCN-C-00-94-00023

Managed by Abt Associates Inc.

Almaty, Kazakhstan

В советский период поток финансирования здравоохранения в странах Центральной Азии был связан с процессом формирования бюджета Министерством финансов. Бюджеты здравоохранения формировались на уровне каждого местного органа управления, который финансировал и владел медицинскими учреждениями в рамках своей юрисдикции. Такое дробление бюджетов здравоохранения вело к дублированию в системе здравоохранения и препятствовало результативному и равномерному перераспределению ресурсов здравоохранения. При полном финансировании сектора здравоохранения в советский период влияние дублирования и неэффективности, возникавших по причине фрагментированного процесса формирования бюджета, не ощущалось в полной мере. Однако, поскольку ресурсы здравоохранения в странах Центральной Азии значительно сократились, необходимо консолидировать и аккумулировать эти ограниченные ресурсы таким образом, чтобы распределять и управлять ими более результативно.

Для аккумулирования ресурсов здравоохранения все государственные средства, выделяемые для финансирования медицинской помощи, оказываемой населению каждого отдельного региона, объединяются в единый бюджет. Ресурсы здравоохранения должны аккумулироваться горизонтально по всем секторам системы здравоохранения и вертикально по уровням местных органов управления регионов. Для достижения наибольшей эффективности аккумулирование средств здравоохранения должно производиться не ниже, чем на уровне области. Почему в секторе здравоохранения необходимо горизонтальное и вертикальное аккумулирование средств на уровне области? Существует пять основных причин, обсуждение которых представлено ниже.

Во-первых, разница в объемах подушевого финансирования как внутри каждой отдельной области, так и между ними очень большая. В частности, существует большая разница в объемах подушевого финансирования между городами и районами. Эта разница в объемах подушевого финансирования происходит из исторически сложившихся структур бюджетных ассигнований, которые обуславливались относительной политической и экономической властью различных местных органов управления, а не потребностями населения в медицинской помощи. Аккумулирование ресурсов на областном уровне необходимо для осуществления регионального механизма распределения средств, который бы позволил равномерное распределение средств на основе потребностей здравоохранения.

Во-вторых, государственное финансирование медицинской помощи является механизмом страхования или путем распределения рисков экономических убытков, связанных с медицинскими проблемами отдельных групп населения. Распределение всех экономических рисков позволяет повысить предсказуемость потенциальных убытков и перераспределять незапланированные затраты. Распределение рисков важно по нескольким причинам. Во-первых, чем больше рисковый пул, тем более предсказуемы эти риски и больше вероятность правильной оценки вероятных убытков. Кроме того, распределение рисков на уровне района может быть недостаточным для генерирования достаточных ресурсов, чтобы покрыть даже предсказуемые убытки. И, наконец, все механизмы медицинского страхования позволяют равномерно перераспределить затраты, связанные с лечением заболеваний, с больного на здоровое население, а раздробленный учет рисков не позволяет произвести такое перераспределение. Поэтому финансирование здравоохранения и система оказания медицинской помощи, предусматривающая аккумулирование ресурсов на уровне местных органов управления, ослабляют страховую функцию системы здравоохранения, финансируемой из государственного источника, поскольку создают ограниченный рисковый пул, который не позволяет адекватно предсказать или перераспределить затраты, связанные с медицинскими проблемами.

Третьей причиной, в соответствии с которой целесообразно аккумулировать ресурсы здравоохранения на областном уровне, является то, что это позволит улучшить процесс планирования в секторе здравоохранения. Если бюджеты здравоохранения фрагментированы, то лицам, определяющим политику здравоохранения, будет сложно точно оценить уровень финансирования. Другими словами, они будут иметь недостаточно информации для определения приоритетов сектора здравоохранения и планирования капитальных вложений.

Четвертой причиной, в соответствии с которой целесообразно аккумулировать ресурсы здравоохранения на областном уровне является то, что это позволит создать цельную систему предоставления медицинской помощи. В настоящее время отдельные системы предоставления медицинской помощи существуют на каждом уровне: республиканском, областном, городском, районном и поселковом. Каждая система финансируется и оперирует различными правительственными учреждениями. Существование пяти параллельных систем вызывает значительное дублирование в секторе здравоохранения. Например, в областном центре наряду с областной детской больницей, существует городская детская больница, функций и объем предоставляемых услуг которых не имеет четкого разделения.

Существующая фрагментированная бюджетная система не обеспечивает стимулы для консолидирования системы предоставления медицинской помощи, поскольку любые средства, сэкономленные в одном секторе, например, за счет сокращения физических мощностей стационаров, не могут быть сохранены в данном секторе или переданы в другой сектор. Это значит, что сэкономленные средства должны быть изъяты из сектора здравоохранения. Поскольку уровень финансирования определяется нормативами, относящимися к таким производственным мощностям, как количество коек, то средства, сэкономленные в результате сокращения коечного фонда, не реинвестируются, а изымаются из сектора здравоохранения. Такое положение вещей не будет иметь места при аккумулировании ресурсов. Пул остается неизменным, даже если осуществляется рационализация медицинских учреждений или сокращается коечный фонд стационаров. Существующая практика формирования бюджетов не мотивирует поставщиков медицинских услуг осуществлять рационализацию. Однако создание пула устранил этот ошибочный стимул и позволит более легко и благоприятно осуществить рационализацию сектора здравоохранения.

Вопрос реинвестирования средств, сэкономленных в ходе рационализации сектора здравоохранения, является важным, учитывая существующее недостаточное финансирование системы. В настоящее время во многих странах Центральной Азии на здравоохранение выделяется только от двух до трех процентов внутреннего валового продукта (ВВП). Общий уровень финансирования здравоохранения слишком мал, если принять во внимание, что обычно на здравоохранение выделяется от шести до девяти процентов ВВП. Поэтому аккумулирование ресурсов является важным, поскольку позволит сохранить в секторе здравоохранения ресурсы, сэкономленные в ходе рационализации.

Пятой причиной аккумулирования ресурсов здравоохранения является введение новых систем финансирования поставщиков медицинских услуг, с целью повышения эффективности сектора здравоохранения. Вертикальное и горизонтальное аккумулирование ресурсов здравоохранения позволит отойти от традиционных методов формирования бюджетов и распределять финансовые средства на основе новых систем финансирования в соответствии с деятельностью медицинских учреждений и потребностями населения в медицинской помощи. Аккумулирование средств на географическом уровне не меньше области необходимо для новых систем финансирования, чтобы создать условия для конкуренции, предусматривающую стабильные цены и свободное перемещение ресурсов внутри системы.

Поскольку при новых системах финансирования средства выделяемые поставщикам медицинских услуг будут определяться не такими производственными мощностями, как количество коек, а медицинскими услугами, предоставляемыми населению, необходимо разрешить, чтобы в системе деньги следовали за пациентом. При конкуренции пациенты перемещаются между поставщиками медицинских услуг различных уровней системы и по районам и городам. Пациенты вместе со своим врачом первичной медико-санитарной помощи выбирают поставщика медицинской помощи на основе качества, стоимости и удобства предоставляемых услуг, а средства «следуют» за пациентом к поставщикам, которые были ими выбраны. Конкуренция, основанная на выборе, создает свободное перемещение ресурсов по региону и уровням системы, что невозможно, если ресурсы не будут аккумулироваться на уровне области.

В дополнение к этому, если поставщики медицинских услуг по уровням системы и регионам собираются конкурировать за получение ресурсов при новой системе финансирования, они должны получать одинаковые средства на предоставление одинаковых услуг. Если ресурсы аккумулируются на уровне меньше области, одни и те же услуги будут финансироваться по-разному в различных районах или городах. Справедливая конкуренция будет невозможна, потому что учреждения более состоятельных регионов, получая лучшее финансирование могут предоставлять услуги лучшего качества и привлечь больше пациентов из других регионов. Эта практика постоянно имеет место, поскольку сельское население часто обращается в областной центр, минуя центральную районную больницу. Поэтому стабильные цены необходимы медицинским учреждениям, чтобы конкурировать по качеству предоставляемых услуг, а эффективность может быть достигнута только если ресурсы здравоохранения будут аккумулироваться на областном уровне.

В заключение, одной из основных целей реформы здравоохранения является улучшение процесса распределения скудных ресурсов здравоохранения с целью повышения результативности и качества системы. Это требует рационализации системы предоставления медицинской помощи и введения новых систем финансирования, что создает возможности для поставщиков обеспечивать медицинскую помощь более затрато-эффективным путем, высокого качества с привлечением большего числа пациентов. Вертикальное и горизонтальное аккумулирование ресурсов здравоохранения на областном уровне является важным условием для достижения этих целей. Аккумулирование ресурсов также необходимо для повышения равномерности и справедливости в системе, потому что оно позволяет распределять ресурсы здравоохранения в соответствии с потребностями населения, посредством применения географических механизмов и новых методов финансирования поставщиков медицинских услуг.

XV. Приложение 4: Финансирование здравоохранения



ZdravReform/ЗдравРеформ

Финансирование здравоохранения

Сентябрь 1999 г.

Submitted by the *ZdravReform* Program to:

USAID/CAR

Funded by:

AID Contract No. CCN-C-00-94-00023

Managed by Abt Associates Inc.

Almaty, Kazakhstan

Финансирование здравоохранения является необходимым, но недостаточным компонентом любой программы реформирования здравоохранения. Вопрос финансирования здравоохранения не может решаться отдельно, а должен быть интегрирован в реструктуризацию системы обеспечения медицинской помощи, изменение медицинской практики, увеличение возможностей медицинских работников, развитие информационных систем и привлечение населения. Решение каждого вопроса в отдельности малоэффективно, поэтому все элементы реформы здравоохранения должны быть объединены в одну комплексную программу.

Вопросы финансирования здравоохранения по сути относятся к тому, как распределяются ресурсы в стране между конкурирующими целями в экономике в целом и между конкурирующими целями в секторе здравоохранения. Реформы финансирования здравоохранения направлены на создание институциональных условий и экономических стимулов для распределения ресурсов на достижение высокоприоритетных целей. «Высокоприоритетные цели» определяются, с одной стороны, политическими решениями, отражающими общие ценности общества, а именно, значением, которое придает государство здоровью населения и развитию здравоохранения по сравнению с другими отраслями экономики, и более объективными критериями, как, например, частью, определяемой более объективными мерками ценности соотношения полученных результатов к затратам.

Решения по распределению ресурсов принимаются на пяти различных уровнях системы начиная от решения по общему объему ресурсов распределяемых сектору здравоохранения на государственном уровне, заканчивая определением объема финансирования каждого медицинского учреждения в отдельности. Финансовая политика здравоохранения определяет то, какие институты принимают решения по распределению ресурсов на каждом уровне и то, как принимаются эти решения. В советской системе политика финансирования здравоохранения была неэффективной и в том, как были разделены функции по распределению ресурсов между покупателями и поставщиками медицинских услуг, и в том, как принимались решения по распределению ресурсов. Поэтому большая часть деятельности по осуществлению реформы финансирования сектора здравоохранения в Центральной Азии была направлена на соответствующее разделение функции покупателей и поставщиков медицинской помощи по распределению ресурсов и изменение механизмов распределения ресурсов на всех уровнях системы.

Решения о распределении ресурсов сектору здравоохранения начинаются с определения общего объема государственных ресурсов, выделяемых на здравоохранение, и являются политическими решениями. В дополнение к этому, фиксированный объем ресурсов здравоохранения должен распределяться между всеми регионами, что также является политическим решением. В советской системе все эти функции осуществлялись, и часто все еще осуществляются республиканским и областными политическими руководствами совместно с Министерством финансов.

После того как ресурсы здравоохранения будут объединены в единый пул на уровне каждой области, ресурсы должны быть распределены по всем секторам системы здравоохранения: первичной медико-санитарной помощи, амбулаторно-поликлинической и диагностической помощи, стационарной помощи, общественному здравоохранению, образованию и исследованиям, капитальным вложениям и управлению. Ресурсы также должны быть распределены по медицинским учреждениям каждого звена системы здравоохранения, а затем по результатам деятельности внутри медицинских учреждений. В советской системе все эти решения принимались Министерством здравоохранения, но при большом влиянии процесса

формирования бюджета Министерством финансов, который основывался на физических мощностях (см. «Институциональная структура и функции сектора здравоохранения»).

Таким образом, в советской системе, покупатель медицинских услуг в лице политического руководства Министерства финансов и Министерства здравоохранения принимал решения по распределению ресурсов. Поставщики медицинских услуг не могли контролировать ресурсы здравоохранения и поэтому не имели стимулов или возможностей заменять методы предоставления медицинских услуг на более эффективные и результативные. Следующий раздел представляет, как функции распределения ресурсов могут быть разделены между покупателем и поставщиками медицинских услуг, чтобы создать соответствующие экономические стимулы, направленные на лучшее использование ограниченных ресурсов здравоохранения.

Разделение покупатель-поставщик

Разделение покупатель-поставщик является разделением обязанностей в процессе распределения и использования ресурсов здравоохранения между покупателем (на национальном или региональном уровнях) и поставщиком медицинских услуг. Разделение покупатель-поставщик может быть осуществлено посредством принятия нескольких различных политических решений, например, созданием системы медицинского страхования в качестве независимого покупателя медицинских услуг (см. «Медицинское страхование») или увеличением автономии и самостоятельности поставщиков медицинской помощи с сокращением контроля внутренней деятельности поставщиков со стороны Министерства здравоохранения (см. «Приватизация»).

При правильном разделении покупатель-поставщик покупатель наделен полномочиями определять общий объем финансирования системы здравоохранения, географическое распределение финансовых средств и объем финансирования определенных видов медицинских услуг. Распределение ресурсов по видам медицинских услуг может быть осуществлено административным решением. При этом покупатель создает отдельные пулы ресурсов для каждого уровня системы здравоохранения на основе административных критериев. Либо решение может быть принято с учетом рыночных условий, с созданием более комплексного пула ресурсов, при которых конкуренция между различными частями системы здравоохранения определит окончательное распределение ресурсов.

Кроме того, покупатель медицинских услуг осуществляет функцию определения системы финансирования поставщика медицинских услуг, которая является механизмом создания покупателем стимулов для поставщика принимать решения по внутреннему распределению ресурсов. Системы финансирования поставщиков являются границей, за которой заканчиваются полномочия покупателя в части распределения ресурсов здравоохранения и вступают в силу полномочия поставщика или моментом, когда полномочия переходят от покупателя к поставщику (см. «Система подушевого финансирования сектора первичной медико-санитарной помощи» и «Рационализация структуры и финансирования стационаров»).

Во-первых, покупатель медицинских услуг определяет объем ресурсов здравоохранения в системе и методы распределения ресурсов по всем секторам системы здравоохранения. Следующий этап принятия решений включает распределение ресурсов между поставщиками, предоставляющими различные виды медицинских услуг, например, методы распределения аккумулированных ресурсов стационаров по больницам. На этом этапе покупатель медицинских услуг является только пассивным дистрибьютором финансовых средств. Покупатель уже определил системы финансирования и поэтому теперь должен просто распределять ресурсы, заработанные поставщиками медицинских услуг посредством

предоставления услуг в ответ на стимулы покупателя. Существующие поставщики медицинской помощи, конкурируя друг с другом, определяют распределение ресурсов по учреждениям внутри каждого сектора системы здравоохранения.

Последним этапом принятия решений по распределению ресурсов являются методы внутреннего распределения поставщиками ресурсов, заработанных в результате предоставления медицинской помощи по таким физическим мощностям, как персонал, лекарственные препараты и оборудование, а также по таким результатам, как пакет медицинских услуг. На данном этапе поставщик распределяет ресурсы в соответствии с потребностями организации, вызванными желанием поставщика соответствовать стимулам покупателя для того, чтобы лучше конкурировать и отвечать требованиям по квалификации для получения лучшего финансирования.

Распределение ресурсов здравоохранения

Решения покупателя	
1.	Первый этап- принятие решения по объему государственных (на национальном и региональном уровнях) ресурсов, выделяемых сектору здравоохранения.
2.	Второй этап - принятие решения по методам сбора ресурсов на национальном уровне и их географическому распределению по областям, городам и районам.
3.	Третий этап - распределение ресурсов по видам медицинских услуг - первичной медико-санитарной помощи, амбулаторно-специализированной и диагностической помощи, стационарной помощи, общественному здравоохранению, образованию и исследованиям, капитальным вложениям и управлению.
Системы финансирования поставщиков медицинской помощи	
Решения поставщиков медицинской помощи	
4.	Четвертый этап - распределение ресурсов между поставщиками внутри каждого сектора системы здравоохранения.
5.	Пятый этап - распределение поставщиком ресурсов по физическим мощностям и результатам.

Таким образом, разделение покупатель-поставщик *разделяет полномочия* по вопросам распределения и использования ресурсов здравоохранения, но *сохраняет целостность* процесса распределения и использования ресурсов здравоохранения посредством применения систем финансирования поставщиком медицинской помощи. Разделение покупатель-поставщик является горизонтальным разделением между 3-м и 4-м уровнями функции финансирования здравоохранения. Оно не является вертикальным разделением, когда такие два государственных покупателя медицинских услуг, как фонд страхования и Министерство здравоохранения, осуществляют все пять функций или этапов финансирования. Вертикальное разделение не является эффективным и результативным, поскольку предусматривает дублирование функций. Разделение покупатель-поставщик является техническим элементом в процессе распределения и использования ресурсов. Однако, оно является абсолютно важным условием успеха реформы национальной системы здравоохранения.

Почему разделение покупатель-поставщик так важно? Существует ряд причин, некоторые из которых можно сформулировать следующим образом:

- Разделение способствует развитию конкуренции между поставщиками медицинских услуг, поскольку обеспечивает стимулами тех поставщиков, которые достигают лучших результатов;

- Разделение позволяет поставщикам контролировать результаты своей работы, и они могут повышать свой объем финансирования посредством предоставления качественных услуг;
- Разделение позволяет покупателю контролировать поставщиков, чтобы они были ответственными за достижение желаемых результатов.

Реформа финансирования, направленная на более соответствующее распределение функций распределения ресурсов между покупателем и поставщиком, повысит эффективность и результативность системы и позволит использовать скудные ресурсы здравоохранения по наиболее приоритетным направлениям, если только будут существовать соответствующие условия, позволяющие свободно перемещать ресурсы внутри системы. В странах Центральной Азии способность покупателей и поставщиком медицинской помощи перемещать ресурсы здравоохранения ограничена.

Гибкость покупателя медицинских услуг в части принятия решений по распределению ресурсов сдерживается фрагментированными бюджетами здравоохранения, которые формируются на областном, городском и районном уровнях. Это ограничивает способность покупателя распределять ресурсы географически по уровням здравоохранения наиболее эффективным и результативным путем. Покупатели медицинских услуг должны быть способны аккумулировать ресурсы здравоохранения на областном уровне, чтобы использовать возможность принимать решения по распределению своих ресурсов в целях повышения равномерности, рационализации системы предоставления медицинских услуг и применять эффективные системы финансирования поставщиков медицинской помощи (см. «Аккумуляция ресурсов здравоохранения»).

Гибкость покупателей медицинских услуг в части распределения ресурсов ограничена по причине того, что они получают финансирование и должны расходовать эти средства в соответствии с фиксированными статьями бюджета. Гибкость медицинских учреждений ограничена в части перераспределения ресурсов по статьям бюджета, и это означает, что они не будут в достаточной степени реагировать на стимулы системы финансирования покупателя медицинских услуг. Новые методы финансирования поставщиков медицинской помощи, создающие более сильные экономические стимулы, должны сопровождаться большей степенью автономии в части принятия решений по адаптации деятельности и расходованию их ресурсов в соответствии со своими потребностями.

Следующие шаги

В заключение, существуют три основных направления, которые были определены в начале реформы политики финансирования в странах Центральной Азии и должны соблюдаться с целью повышения эффективности и результативности систем здравоохранения.

- Во-первых, разделение функций по распределению ресурсов покупателей и поставщиков медицинской помощи с применением новых методов финансирования в качестве точки пересечения.
- Во-вторых, аккумуляция ресурсов здравоохранения на географическом уровне, не меньше размера области. Это значит, что все районные, городские, областные и республиканские ресурсы должны аккумулироваться в единый бюджет.

- В-третьих, предоставление большей автономии поставщикам медицинской помощи, позволив покупателю распределять ресурсы, а поставщику затрачивать средства без бюджетных статей.