

СОВРЕМЕННЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ — ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ

М.Ш. Хубутия, В.А. Молодов, В.А. Васильев, Н.А. Карасев

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Российская Федерация

MODERN ECONOMIC MODELS OF HEALTH INSURANCE SYSTEMS IN DEVELOPED COUNTRIES — THE CURRENT STATE AND DEVELOPMENT TRENDS

M.Sh. Khubutiya, V.A. Molodov, V.A. Vasilyev, N.A. Karasev

N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

В работе представлен сравнительный анализ существующих систем страховой медицины ряда развитых стран, а также предложены возможные направления оптимизации и модернизации медико-социального страхования.

Ключевые слова:

страховая медицина, медико-социальное страхование, социальная защита, медицинские услуги

ABSTRACT

This paper presents a comparative analysis of the existing systems of health insurance in number of advanced countries as well as suggests some possible directions of optimization and modernization of social health insurance.

Keywords:

medical insurance, social health insurance, social security, health services.

Традиционная классификация систем здравоохранения подавляющего большинства стран предполагает разделение их на три основные категории: государственная, страховая и частная (платная) медицина. Однако после длительного пути модернизации и усовершенствований в XX в. в настоящее время ни в одной промышленно развитой стране не встречается какая-либо из моделей в чистом виде – везде практикуется одновременное развитие всех трех моделей, но порой с явным преобладанием какой-то одной.

В Западной Европе, Великобритании, Дании и Скандинавии действует Универсалистская модель, или модель Бевериджа, при которой национальные системы здравоохранения финансируются в основном за счет общего налогообложения и основываются на принципе всеобщего равного доступа к полному комплексу медицинских услуг. Практически любое медицинское обслуживание осуществляется в государственных медучреждениях госслужащими или работающими по контракту с государством организациями скорой помощи, зубными врачами, фармацевтами и т.д.

В Германии, Франции, Бенилюксе и Австрии практикуется Модель социального страхования (континентальная модель, или модель Бисмарка), которая финансируется целевыми отчислениями с зарплаты и других общественных фондов, составляющих примерно 70–75% от общих расходов на здравоохранение. При этом обязательному страхованию подлежат все категории наемных рабочих и большинство частных предпринимателей. Присутствует также и дополнительное добровольное страхование, как индивидуальное, так и коллективное, но оно имеет вспомога-

тельное значение в основном для высокодоходных групп населения. К тому же страховые организации носят преимущественно некоммерческий характер и находятся под государственным финансовым и юридическим контролем.

В Италии, Испании, Португалии и Греции используется так называемая Южная модель, которая во многом схожа с Универсалистской, но государственное обеспечение не столь развито, сосредоточиваясь в основном на крупных медучреждениях и оставляя в частных руках широкую сеть первичной медицины, парамедиков и фармацевтики.

Следует особо обратить внимание на то, что, несмотря на различие представленных моделей, во всех них присутствует ряд объединяющих черт. Во-первых, программы медицинского страхования охватывают в обязательном порядке от 75 до 100% населения, т.е. практически всех наемных работников (государственных и частных), членов их семей, пенсионеров, студентов, мелких и средних предпринимателей и т.д. [1]. Во-вторых, финансирование программ медицинского страхования диверсифицировано и осуществляется из разных источников, как из госбюджета, так и из страховых и целевых поступлений частных участников, причем доля ВВП, расходуемого на здравоохранение, непрерывно растет (табл. 1) [2]. Однако при этом размер страхового взноса везде примерно одинаков (10–15%) [3], а объем и качество медицинских услуг практически не зависят от суммы взноса, определяемой уровнем дохода. В результате во всех вышеописанных страховых системах Западной Европы действует принцип общественной солидарности, когда более

здоровый платит за больного, молодой — за старого, а более обеспеченный — за менее обеспеченного.

Таблица 1

Государственные расходы на здравоохранение, в % от ВВП

Страна	Доля государственных расходов на здравоохранение	
	2006 г.	2012 г.
Австрия	5,8	8,5
Дания	6,2	9,7
Великобритания	5,7	8,1
Германия	8,3	9,0
Греция	4,5	6,1
Италия	5,4	7,4
Испания	5,2	6,9
Нидерланды	6,8	9,4
Португалия	5,6	7,5
Финляндия	5,4	6,7
Франция	8,0	9,3
Швеция	6,1	7,8

В США система медицинского страхования организована по совершенно другому принципу. Поскольку Конституция США не предусматривает право всех граждан на обязательную медицинскую помощь, не существует единой национальной системы медицинского страхования. При этом государство тратит на здравоохранение больше, чем любая страна Западной Европы (более 10% ВВП). Три четверти населения имеют частную медицинскую страховку (около 60% через нанимателей, и около 15% – индивидуальную). В этой системе виды и качество услуг напрямую зависят от размеров уплаченных страховых взносов. Государственные программы медицинского страхования «Медикэйр» и «Медикейд» охватывают только престарелых, инвалидов и частично малообеспеченных граждан. Стоит также упомянуть, что около 15% населения США вообще не имеют никакой страховки и могут рассчитывать только на благотворительные программы, действующие в некоторых штатах или финансируемые различными неправительственными, общественными и религиозными организациями.

В качестве преимущества системы частного страхования можно указать свободу выбора видов услуг для застрахованного, более гибкое выстраивание индивидуальных схем страхования и, зачастую, возможность приобретения медицинской помощи высокого качества. Однако американская система частного здравоохранения страдает рядом хронических недостатков — помимо высокой стоимости услуг и неохваченности ими значительных слоев населения. Это, в первую очередь, недостаточные усилия по профилактике заболеваний, в том числе и инфекционных; слабая развитость помощи на дому для всех групп населения; отсутствие государственного регулирования и надлежащего контроля за качеством медицинского обеспечения и применение медицинских технологий, не всегда безопасных для пациента [4].

Отдельно необходимо упомянуть неадекватно высокую стоимость медицинских услуг и высокие затраты на систему здравоохранения США в целом. Для сравнения, стоимость большинства медицинских процедур в 1,5–2 раза превышает стоимость аналогичных в Западной Европе [5]. Это связано с неэффективным

использованием имеющихся ресурсов; преобладанием высокотратных хозяйственных механизмов; выполнением дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний и рядом других факторов. К тому же негативную финансовую роль играет наличие асимметрии информации между поставщиком и потребителем медицинских услуг. В результате такой асимметрии поставщик, обладая более полной информацией, предоставляет те услуги, которые он считает нужными [6]. Все это приводит к тому, что до 1/3 средств, затрачиваемых на здравоохранение, расходуется неэффективно [7], а от 3 до 10% средств преднамеренно растрачиваются впустую [8].

В связи с этим в течение последних 15–20 лет была выработана концепция так называемой управляемой медицинской помощи. Она связана с вовлечением как можно большего числа населения в планы страхования «управляемых услуг», нежели в традиционное страхование платы за услуги. Это связано с желанием замедлить рост расходов на здравоохранение, поскольку система оплаты услуг является одним из факторов, стимулирующих расходы на медицинскую помощь. Следствием такого подхода становится постепенное вытеснение стационарного лечения амбулаторной помощью, поскольку новые механизмы финансирования ведут к изменению всей системы медицинских услуг [9].

Еще дальше по пути индивидуализации медицинского обеспечения пошла Япония. С одной стороны, в Японии действует система всеобщего обязательного медицинского страхования, ею охвачено практически 100% населения. Но одних только корпоративных «управляемых обществом» схем страхования существует более 1800 [10]. Большая часть из них уникальна для конкретной фирмы или отрасли, хотя, как правило, расходы работника и нанимателя соотносятся как 45% и 55%. Если прибавить сюда многочисленные государственные программы медицинского страхования: для малого бизнеса, госслужащих, крестьян, различных пенсионных фондов и т.п., то объем полученных данных с трудом поддается систематизации, поскольку включает около 2000 частных и более 3000 государственных страховых учреждений.

Однако существует ряд важных принципов, общих для всего этого разнообразия. Например, несмотря на то, что подавляющее большинство медицинских учреждений в стране являются частными, все тарифы на оплату их услуг устанавливаются властями, и в результате для пациентов никакой разницы между частной и государственной медицинской не существует. Компенсация больницам и клиникам производится по принципу сдельной оплаты (гонорар за каждую оказанную услугу), причем и размеры гонораров, и цены на лекарства по рецептам устанавливает государство. Вследствие этого тарифы для лечения в стационарах и для амбулаторного лечения одинаковы и основная тенденция заключается в переключении пациентов на амбулаторное лечение [11]. Кроме того, подобная система оплаты труда медицинского персонала создает у него стимул для приема максимального количества пациентов в единицу времени, что приводит к «конвейеру медицинских услуг».

В качестве одной из оценок перечисленных выше систем медицинского страхования можно привести рейтинг эффективности системы здравоохранения, опубликованный агентством *Bloomberg* на основании

данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка [12]. Согласно этим данным, в первую десятку вошли страны с системой, близкой к японской (Сингапур, Гонконг, Япония, Южная Корея, Израиль) и ведущие страны Западной Европы с различными моделями (Италия, Франция, Великобритания). При этом США заняли лишь 44-е место, что также указывает на низкую эффективность тотального частного страхования. Сами американские исследователи приходят к выводу, что среди стран с развитой экономикой США тратят больше всего на здравоохранение с худшим результатом [13]. Однако некоторые из них считают, что выход из кризисной ситуации лежит не в огосударствлении медицины, а, напротив, в усилении стимулов и контроле потребителей в этой сфере [14].

Таким образом, все приведенные данные показывают, что, несмотря на огромное разнообразие медико-социальных систем в развитых странах, все они испытывают проблемы финансирования как в ближайшей, так и в долгосрочной перспективе. Одним из способов преодоления этих проблем является модификация долевого участия в оплате медицинских расходов. Основными причинами этих действий являются желание уменьшить чрезмерное пользование медицинскими услугами, что приведет к увеличению эффективности и снижению общего количества расходов; а также увеличить объем поступлений средств в систему здравоохранения, особенно в тех странах, где государственный бюджет перегружен. Но, хотя и имеются убедительные данные, говорящие о том, что доленое участие в расходах приводит к значительному сокращению пользования медицинской помощью [15], сам по себе этот подход вряд ли сможет принципиально понизить медико-социальные расходы в долгосрочном плане. Дело в том, что затраты на медицинскую помощь определяются в первую очередь факторами, связанными с предложением, а не со спросом. Поэтому механизмы, используемые на стороне предложения медицинских услуг, гораздо более эффективны в плане снижения расходов, в том числе оттого, что большинство из них стимулируются самим предложением, а рынок медицинских услуг страдает асимметричностью информации.

К тому же следует учесть, что количественное увеличение затрат на медицинское обеспечение населения нелинейно влияет на различные показатели его уровня здоровья. Так, например, по данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), зависимость показателя ожидаемой продолжительности жизни от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год (\$ППС, доллар, оцененный по паритету покупательной способности) более-менее пропорционально растет до значений 1400–1500 \$ППС и практически не коррелирует при увеличении рас-

ходов до 4000–4500 \$ППС [16]. Исследования, проведенные Фондом общественного благосостояния (*Commonwealth Fund*) в 2005 г., также подтверждают эти выводы. При сравнении 18 стран по более чем 30 показателям (предотвратимая смертность населения, младенческая смертность, ожидаемая продолжительность жизни населения, удовлетворенность пациентов, безопасность медицинской помощи и др.) было продемонстрировано, что страны с высоким уровнем затрат на медицину находятся далеко не во главе списка [17].

На данный момент основные направления модифицирования механизма медико-социального страхования лежат в рамках концепции социального управления риском. Эта концепция подразумевает участие множества экономических субъектов — отдельные граждане, коммерческие и некоммерческие организации, общественные объединения, органы государственной власти, а также международные организации, — взаимодействующих для эффективного обеспечения доступа к услугам здравоохранения и снижению социальных и экономических рисков. При этом правительство берет на себя роль глобального руководства в деле реализации этой системы на практике, предоставляя меры социальной защиты наиболее уязвимым группам населения, в зависимости от имеющихся бюджетных ресурсов и административных возможностей.

В результате такого целостного подхода к реформированию и совершенствованию системы медико-социального страхования в период между 2005 и 2010 гг. доля расходов на медицинское обслуживание за счет личных средств граждан в среднем сократилась во всех регионах ВОЗ, за исключением Африки [18]. При этом доля платежей из личных средств в 62 странах составила менее 20% от суммы расходов на здравоохранение. Несмотря на то, что в списке из 62 стран государства с высоким уровнем доходов составляют большинство, туда вошли такие страны, как Алжир, Бутан, Куба, Лесото и Таиланд. Правительства этих стран показали, как, невзирая на низкие средние уровни доходов, беднейшие слои населения могут быть ограждены от необходимости нести непомерно высокие расходы наличными за медицинское обслуживание [19].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что комплексный подход к проблеме медико-социального страхования дает оптимальный результат при сочетании значительного числа наиболее эффективных систем частной и страховой медицины под общим стратегическим управлением государственных структур. Это позволит обеспечить как гарантированную социальную защиту граждан, так и наиболее полное удовлетворение спроса населения на весь спектр медицинских услуг, в том числе и в перспективе их дальнейшего роста и развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шмальц А.Н. Здравоохранение в Германии. Врачебные и экономические аспекты лечения пациентов // Медицинский альманах. – 2010. – № 1 (10). – С. 11–15.
2. Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2006. № 13 (301). URL: http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2006/VSF_NEW200701241430/VSF_NEW200701241430_013.xls
3. The World Bank. World Development Indicators. 2012. Режим доступа: <http://data.worldbank.org/sites/default/files/wdi-2012-ebook.pdf>
4. U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health / ed. S.H. Woolf, L. Aron.- Washington: National Academies Press, 2013. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115854/>
5. Финансирование системы здравоохранения: Россия и зарубежный опыт / Иванова М.С. // Законодательство и экономика. – 2003. – № 12. – С. 78–83.
6. Тимчинский Д.Л. Частное и общее в развитии института страховой медицины в развитых странах // Здравоохранение за рубежом. – 2007. – № 2. – С. 36–48.

7. Gruber J. Healthcare Reform: what it is, why it's necessary? – NY, 2011. – 152p.
8. Улумбекова Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 5 (27). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/lang,ru/>
9. Шарабчиев Ю.Т. Экономические модели и реформирование здравоохранения: опыт организации различных систем управления здравоохранением // Медицинские новости. – 2006. – № 6. – С. 61–68.
10. Fukawa T. Public Health Insurance in Japan: Working Paper N 37201. – USA, 2002. – 23 p.
11. Ikagami N., Campbell J. Japan's Health Care System: Containing Costs and Attempting Reform // Health Aff. – 2004. – Vol. 23, N. 3. – P. 26–36.
12. Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году // Центр гуманитарных технологий: информационно-аналитический портал. – 2014. Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>
13. Fuchs V.R. Critiquing US health care // JAMA. – 2014. – Vol. 312, N. 20. – P. 2095–2096.
14. Tanner M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. – 2008. – N. 613. – 48 p. Режим доступа: <http://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/pa-613.pdf>
15. Kutzin J. Social inclusion & universal coverage: lessons from health financing reforms in transitional Europe. GTZ Conference 29 sept 2009, Tirana, Albania. Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/78968/Health_financing_reforms_-_in_-_transitional_Europe.pdf?ua=1
16. База данных ОЭСР. Режим доступа: <http://www.oecd.org/statistics>
17. Ginsburg J.A., Doherty R.B., Ralston J.F., et al. Achieving a high-performance health care system with universal access: what the United States can learn from other countries // Ann. Intern. Med. – 2008. – Vol. 148, N. 1. P. 55–75.
18. World health statistics 2012. – Geneva: World Health Organization, 2012. Режим доступа: www.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf
19. Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами: доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2013. Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/1/9789240690868_rus.pdf

REFERENCES

1. Shmal'ts A. N. Zdravookhranenie v Germanii. Vrachebnye i ekonomicheskie aspekty lecheniya patsientov [Health care in Germany. Medical and economic aspects of treatment of patients]. *Meditsinskiy al'manakh*. 2010; 1(10): 11–13. (In Russian)
2. *Analiticheskiy vestnik Soveta Federatsii FS RF* [Analytical Bulletin of the Federation Council of the Russian Federation]. 2006 p; 13(301). Available at: http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2006/VSF_NEW200701241430/excel/VSF_NEW200701241430_013.xls (Accessed 31 August 2015) (In Russian)
3. *The World Bank. World Development Indicators*. 2012. Available at: <http://data.worldbank.org/sites/default/files/wdi-2012-ebook.pdf> (Accessed 31 August 2015)
4. Woolf S.H., Aron L. U.S., ed. *Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*. Washington: National Academies Press, 2013. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115854/> (Accessed 31 August 2015)
5. Ivanova M.S. Finansirovanie sistemy zdravookhraneniya: Rossiya i zarubezhnyy opyt. [Financing of health systems: Russian and foreign experience]. *Zakonodatel'stvo i ekonomika*. 2003; 12: 78–83. (In Russian)
6. Timchinskiy D.L. Chastnoe i obshchee v razvitiy instituta strakhovo meditsiny v razvitykh stranakh [General and in the development of the Institute of health insurance in developed countries]. *Zdravookhranenie za rubezhom*. 2007; 2: 36–48. (In Russian)
7. Gruber J. *Healthcare Reform: what it is, why it's necessary?* New York, 2011. 152 p.
8. Ulumbekova G.E. Reforma zdravookhraneniya SShA: uroki dlya Rossii [The reform of the US health care: lessons for Russia]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2012; 5 (27). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/lang,ru/>. (Accessed 31 August 2015) (In Russian)
9. Sharabchiev Yu.T. Ekonomicheskie modeli i reformirovanie zdravookhraneniya: opyt organizatsii razlichnykh sistem upravleniya zdravookhraneniem [Economic models and health care reform: the experience of organization of different systems of health care management]. *Meditsinskie novosti*. 2006; 6: 61–68. (In Russian)
10. Fukawa T. *Public Health Insurance in Japan: Working Paper N 37201*. USA, 2002. 23 p.
11. Ikagami N., Campbell J. Japan's Health Care System: Containing Costs and Attempting Reform. *Health Aff.* 2004; 23 (3): 26–36.
12. Bloomberg: *Reyting stran mira po effektivnosti sistem zdravookhraneniya v 2014 godu* [Bloomberg: Ranking countries on the effectiveness of health systems in 2014]. *Tsentr gumanitarnykh tekhnologiy: informatsionno-analiticheskiy portal*. [Centre of Humanitarian Technologies: information-analytical portal]. 2014. Available at: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>. (Accessed 31 August 2015) (In Russian)
13. Fuchs V.R. Critiquing US health care. *JAMA*. 2014; 312 (20): 2095–2096.
14. Tanner M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World. *Policy Analysis*. 2008; 613. 48 p. Available at: <http://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/pa-613.pdf> (Accessed 31 August 2015)
15. Kutzin J. *Social inclusion & universal coverage: lessons from health financing reforms in transitional Europe. GTZ Conference 29 sept 2009, Tirana, Albania*. Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/78968/Health_financing_reforms_-_in_-_transitional_Europe.pdf?ua=1 (Accessed 31 August 2015)
16. OECD DATA. Available at: <http://www.oecd.org/statistics>. (Accessed 31 August 2015)
17. Ginsburg J.A., Doherty R.B., Ralston J.F., et al. Achieving a high-performance health care system with universal access: what the United States can learn from other countries. *Ann Intern Med*. 2008; 148 (1): 55–75.
18. World health statistics 2012. Geneva: World Health Organization, 2012. Available at: www.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf (Accessed 31 August 2015)
19. *Nauchnye issledovaniya v tselyakh dostizheniya vseobshchego okhvata naseleniya meditsinskimi uslugami: doklad o sostoyanii zdravookhraneniya v mire* [Research in order to achieve universal coverage of health services: report on the world health], 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/1/9789240690868_rus.pdf. (Accessed 31 August 2015)

Поступила 08.07.2015

Контактная информация:

Молодов Валентин Альбертович,
научный сотрудник лаборатории организации
стационарной неотложной помощи
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы
e-mail: valenod@gmail.ru