Как нам дальше развивать здравоохранение?

Часть 1. О конвергенции разных систем здравоохранения

Комаров Ю.М.
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Бюро исполкома Пироговского движения врачей

В первой части статьи автор рассматривает системы здравоохранения, применяемые в настоящее время в таких странах, как Франция, Германия, Великобритания, Нидерланды, Швеция и США. Делается вывод о процессе конвергенции государственно-бюджетной и частной моделей организации медицинской помощи, увеличивающих социальную ориентацию здравоохранения. Отмечается низкая эффективность высокотехнологичной медицинской помощи, в сравнении с терапией заболеваний, выявленных на ранней стадии.

Ключевые слова: государственное здравоохранение, коммерческое здравоохранение, медицинское страхование, выскотехнологичная медицинская помощь, расходы на здравоохранение

В современном мире в разных странах по-разному происходит формирование и развитие систем здравоохранения. Впервые о процессах конвергенции, т.е. о сближении и о проникновении элементов одних систем здравоохранения в другие и формировании на этой основе различных модификаций заговорили на Советско-американской конференции по моделированию в здравоохранения (Москва, 1992 г.) Именно с таким докладом выступил известный американский политолог Марк Г. Филд, директор Русского центра Гарвардского университета. В своем докладе он отметил, что рыночное здравоохранение и, прежде всего, коммерческая, т.е. рисковая модель медицинского страхования будет все больше социализироваться и попадать под государственное регулирование, а в государственно-бюджетные модели будут проникать договорные отношения, более присущие рынку. Прошло много лет. И сейчас мы видим, как сбываются эти прогнозы и как некоторые страны упорно продолжают развивать выбранные ими некогда модели здравоохранения.

Во многих развитых странах темпы роста расходов на здравоохранение опережают темпы роста ВВП. Это обусловлено как объективными, так и субъективными причинами. К объективным можно отнести факты внедрения новых медицинских технологий (а каждая последующая технология всегда дороже предыдущей), а также новых информационных технологий, обновление медицинского оборудования, изделий медицинского назначения, реактивов, лекарственных средств и т.д. К субъективным – повышение доходов врачей, особенно медицинских администраторов, нерациональное использование выделяемых средств без учета приоритетов и потребностей населения, различные коррупционные схемы и т.д. Возьмем, к примеру, Германию, страну, где зародилась система медицинского страхования и которую там и дальше хотят сохранить. Сейчас даже депутаты бундестага отмечают самоуправляемость, затратность и неэффективность этой модели, требующей постоянных дотаций из бюджета (в 2005 г. – 14%, сейчас – значительно больше). Об этом мы неоднократно писали.

В Германии выросла средняя продолжительность ожидаемой жизни, увеличилось число пожилых, которые потребляют значительное число медицинских услуг, а собираемые страховые взносы это обеспечить уже не могли. Эти финансовые и организационные проблемы существуют уже не одно десятилетие. Вначале хотели повысить размер страховых взносов, которые платят пополам работодатели и работники, но против этого восстали все работающие и профсоюзы. Затем решили уменьшить доходы врачей, но на двух съездах Немецкой врачебной палаты в Берлине и Кёльне, на которых мне довелось присутствовать, врачи отказали в этом власти. Тогда решили ввести минимальные стандарты для пожилых, но пожилые расценили это как нарушение прав человека. Наконец, с 1 января 2011 г. в результате жарких споров с профсоюзами правящей коалицией было решено увеличить размер страхового взноса (и от работодателей и от работников) до 15,5% с 14,9%.

Но это лишь приглушает проблему и не спасает систему, не имеющую удовлетворительных перспектив. Оппозиционные партии, работодатели и больничные кассы подвергли это решение резкой критике, расценивая его как «грабительский налет на кошельки малоимущих и людей со средним заработком». Но в Германии народ дисциплинированный и поэтому массовых протестов не было. За последние 25 лет система здравоохранения Германии реформировалась более 15 раз вследствие стремительного роста расходов в достаточно затратной системе медицинского страхования при быстро стареющем населении.

С января 2012 г. в Германии вступил в действие закон о привлечении молодых врачей к работе в ПМСП и в сельской местности, где нарастает доля пожилых и хронически больных людей. В первую очередь, это относится к Восточной Германии и к северо-западным районам страны. По новому закону врачи могут не обязательно жить в зоне своей практики, а оплата их труда зависит от численности пациентов. В процессе всех реформ неизменными оставались лишь финансовые органы – больничные кассы (промышленные, территориальные, для ремесленников, для сельскохозяйственных рабочих, для служащих и т.д.), которые являлись самоуправляемыми и независимыми от государства. Поэтому общественно-правовые, публичные и специальные больничные кассы ни в коей мере нельзя относить к государственному здравоохранению. Несмотря на то, что система оказания медицинской помощи в Германии считается одной из лучших в мире, по уровню медицинского сервиса Германия занимает только 6 место в Европе (после Дании, Швеции, Австрии, Люксембурга и Нидерландов), а по данным организации Health Consumer Powerhouse в Германии уровень прав пациентов недостаточен, хотя доля врачебных ошибок там минимальна.

Таким образом, даже в Германии, первой ставшей на путь медицинского страхования в условиях частной медицины (модель Отто Эдуарда Леопольда Бисмарка фон Шёнхаузена), сложилась сложная структура оказания медицинской помощи, основанная на многоступенчатой иерархии федеральных, земельных и корпоративных уровней, усложненная саморазвивающаяся система финансирования, что приводит к сложному

набору ведомственных механизмов на разных уровнях. Они препятствуют проведению централизованной политики в стране, в том числе кадровой, и в установлении общенациональных приоритетов в сфере здравоохранения.

Аналогичные проблемы имеют отношение и к Франции, где создана одна из самых дорогих систем здравоохранения в мире (12% ВВП) после США, Канады и Нидерландов и пытаются сохранить бесперспективную модель медицинского страхования. Там государственная программа страхования по болезни финансирует 75% расходов на здравоохранение. Источниками финансирования являются налоги от табачных, алкогольных и фармацевтических компаний и 19% от страховых взносов, в том числе от работодателя 75%, от работника – 25%. Попросту говоря, французскую систему нельзя считать в полном виде страховой. Страховка покрывает 100% расходов только при несчастных случаях, заболеваниях в третьем триместре беременности, при инвалидности, а также больным астмой, диабетом, эпилепсией и новообразованиями. В результате 93% французов дополнительно приобретают частные страховки (ДМС) при средней цене такой страховки в 25 тыс. рублей в год. Половине застрахованных по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), работающих в крупных корпорациях, страховку оплачивают работодатели. В стационарах в первый месяц пребывания возмещается пациенту по государственной страховке до 80% затрат, также в неполном объеме возмещаются затраты на посещения врачей, приобретение лекарств по рецепту врача (75%), лабораторные обследования.

Политика правительства по сохранению медицинского страхования в стране направлена на постепенное увеличение затрат граждан. В результате многие французы перестали ходить к врачам, т.к. для этого нужна с их стороны сооплата, и предпочитают получить бесплатную консультацию в аптеках у специально подготовленных фармацевтов. В России пациенты во многих случаях обходятся без медицинских и фармацевтических рекомендаций и по совету знакомых занимаются самолечением из непонятной для западного обывателя «домашней» аптечки. В ней содержатся средства от простуды, жаропонижающие, обезболивающие, сердечные и для нормализации артериального давления, антибиотики, противоаллергические, средства при нарушении органов пищеварения и т.д.

В Нидерландах во второй половине XX века была проведена реформа по созданию довольно сложной Национальной системы медицинского страхования, которая обсуждалась на протяжении 14 лет, хотя все предпосылки для нее в стране уже имелись: частнопрактикующие врачи общей практики, частные коммерческие и некоммерческие клиники. Из 156 больниц со средней мощностью в 360 коек только 8 университетских клиник были в ведении государства, остальные 112 больниц общего назначения и 36 специализированных больниц представляли собой частные некоммерческие организации.

Для оплаты пребывания в стационарах использовалось распределение больных по специальным клинико-статистическим группам (DRGs), а для амбулаторных пациентов применялся метод «гонорар за услугу», при котором всегда можно было найти возможности для завышения счетов и не только за счет предоставления излишних услуг, но и путем увеличения числа посещений на один случай заболевания, назначения множества визитов при сочетанных заболеваниях и т.д. В результате возникает явление, известное в литературе как «спровоцированный врачами спрос».

Медицинское страхование состояло из 2-х частей: для оказания обычной медицинской помощи в соответствии с законом о социальном страховании здоровья и для оказания дорогостоящего лечения или длительного ухода, расходы на который не могли покрыть сами граждане или система социального страхования. При этом работодатель платил 5.35%, от дохода, а работник – 1.65%, а в целом структура расходов на здравоохранение на 80% состояла из средств медицинского страхования (65% из ОМС и 15% за счет ДМС) и по 10% из средств бюджета и личных средств граждан, в том числе в виде дополнительных взносов.

Под вторую часть медицинского страхования подпадали все, независимо от того получает человек зарплату или нет, а размер взноса составлял 7% при сумме облагаемого налогами дохода до 30 тыс. евро в год. При доходе свыше 30 тысяч евро в год человек не подлежал национальному медицинскому страхованию и должен был покупать частную страховку (ДМС). Примерно такое же положение было и в Германии, там пороговое значение – 35 тыс. евро в год. Такой подход, в отличие от практикуемого в нашей стране, является социально справедливым. Высокодоходные граждане должны сами оплачивать медицинскую помощь, а делают это они цивилизованным способом – через ДМС. Функции страховщиков выполняли больничные фонды (в Германии – больничные кассы), а промежуточных страховых компаний в системе ОМС не было.

Но созданная система социального страхования здоровья в Нидерландах оказалась весьма затратной и постоянно требовала дотаций из бюджета. И вот в течение последних 30 лет, начиная с рубежного 1987 г. (и по свидетельству местных специалистов для завершения модели нужно еще столько же), согласно реформы комитета Деккера в стране развивается рыночная (как в США и Швейцарии) модель медицинского страхования при регулируемой конкуренции, для чего в 2006 г. был принят соответствующий закон, в котором изложены основные принципы медицинского страхования и регулируемой конкуренции в условиях частной медицины.

Для организации регулируемой конкуренции в Нидерландах имеются необходимые условия: при численности населения почти в 17 млн. человек плотность расселения составляет 511 жителей на кв. км, т.е. по этому показателю страна занимает 4 место в Европе после Монако, Ватикана и Мальты; в стране имеются высоко урбанизированные зоны, прекрасно развита информационная и транспортная инфраструктура, идеальное состояние автомобильных дорог, которые даже во время ливня остаются сухими,

небольшие расстояния, позволяющие жить в одном городе, а работать в другом и т.д. Согласно упомянутому закону потребитель (застрахованный) свободно выбирает страховщика с заполнением соответствующих форм, там же обозначены возможные риски покупателей и продавцов медицинских услуг, процедуры банкротств больниц и страховщиков, расписан порядок ведения переговоров о цене и качестве и т.д.

Фактически это означает в рамках медицинского страхования полный отказ от социальной модели страхования и переход к рисковой со всеми атрибутами рынка: состязательность, конкуренция, переговоры о качестве и цене, наличие рисков, банкротство, закрытие медицинских учреждений или отделений, контракты, прибыль и т.д. При этом потребитель выбирает не врача или медицинское учреждение, а частную страховую организацию, которая уже предварительно заключила договора с разными негосударственными клиниками или отделениями в них. Вполне естественно, это ведет к «бизнесу на болезнях», к полной заинтересованности в росте числа больных и прибыли, к оказанию только избирательной лечебной помощи, к полному отсутствию национальных программ и приоритетов. Здоровье при этом становится чисто личным делом и личной ответственностью, а не общественным достоянием.

При этом правительство всячески препятствует укрупнению больниц и созданию картелей, т.к. это ведет к исчезновению конкуренции. Государство сбрасывает с себя ответственность за работу частных клиник и становится невозможным создание государственной программы улучшения здоровья, как это было сделано в Великобритании. В общем, получается худший вариант американской системы коммерческого медицинского страхования, от которой в США постепенно отходят. Между тем, многие международные эксперты (R.Saltman, J.Figueros, M.Vienonen и другие, 2002) считали внедрение рыночных отношений в здравоохранение делом аморальным. И они правы, поскольку здравоохранение является системой социального выравнивания, особенно в условиях выраженного неравенства в доходах и возможностях, и наряду с армией, правоохранительными органами, пограничной службой и т.д. должна относиться к сфере государственной ответственности. И действительно, ведь перед лицом болезни или смерти все одинаково равны.

В принципе система ОМС предназначена для бедных и представителей среднего класса (по типу кассы взаимопомощи, куда богатые не обращаются), она крайне актуальна и может функционировать только в условиях частной медицины (коммерческой или некоммерческой). Для развития конкуренции, помимо полностью частной медицины, необходимы высокий уровень освоения территории (высокая плотность, равномерность расселения, развитая транспортная сеть при хорошем круглогодичном состоянии дорог, высокая доля «эффективных» городов с развитой медицинской инфраструктурой), достаточно высокий уровень производства, высокая доля налогов, остающихся в распоряжении субъектов федерации и муниципалитетов, жесткое антимонопольное государственное регулирование рынка медицинских услуг, благоприятные условия для

ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций, зрелость «общества потребления» и высокая культура потребления социальных услуг.

Всего этого в сочетании и даже по отдельности в такой большой стране как Россия нет. Если в Германии только в одной земле насчитывается 498 городов, та на всю страну у нас – в 3 раза меньше при гораздо более значительных расстояниях (по переписи 2010 г. всего 163 города с населением в 100 тыс. жителей и более, и число их постепенно уменьшается). А с учетом многих ликвидированных медицинских учреждений, в некоторых случаях их укрупнения (создания медицинских монстров), огромных территориях без медицинских работников говорить о какой-либо конкуренции даже в крупных городах с укрупненными медицинскими объединениями-монополистами не приходится. Она просто невозможна, несмотря на заверения председателя правительства РФ о конкурентоспособности в здравоохранении. Возможно, он имел в виду другую страну.

Также есть страны, в намерения которых входит дальнейшее развитие государственно-бюджетной модели. Например, в Швеции принят закон, согласно которому с 2016 г. медицинская помощь будет еще более доступной. Он направлен на снижение неравенства в доступности медицинской помощи для разных социальных групп населения. При этом бесплатная стоматологическая помощь будет оказываться детям и молодежи до 23 лет, женщинам до 20 лет будут бесплатно выдаваться противозачаточные средства, маммография станет доступной и бесплатной, а детям до 18 лет, даже беженцам и нелегалам, лекарства будут выдаваться бесплатно. Это все относится к сфере государственной политики.

Представляется, что в связи с наплывом беженцев для здравоохранения европейских стран скоро наступят далеко не лучшие времена. Ведь многие из них, даже в случае устройства на работу, не смогут содержать свои многочисленные семьи на уровне местных стандартов, что повысит нагрузку на правоохранительные, социальные и медицинские службы, финансируемые за счет европейских налогоплательщиков. Предшествующий опыт показывает, что большинство мигрантов слабо ассимилируются, живут изолятами в определенных городских районах по своим внутренним правилам. С медико-профилактических позиций нужно было бы выявить мигрантов, прибывших из мест с краевой патологией, больных, особенно, с инфекционными и паразитарными болезнями, прибывших с патологическим генетическим грузом, вступающих в интимные отношения с местными жителями и т.д., т.е., не нарушая прав человека и принципов толерантности, организовать медицинский карантин, способствующий медицинской безопасности европейцев. Однако, пока это не сделано.

Теперь есть смысл вернуться к тем странам, в которых здравоохранение постепенно «дрейфует» к другим моделям. Возьмем, к примеру, самую рыночную модель в США, где основным двигателем в коммерческом секторе является получение прибыли, а сами американцы считают, что главной задачей их здравоохранения является перевод «острой

болезни в хроническую» с тем, чтобы подольше можно было бы получать доходы от пациентов. Там страхование здоровья является частным делом. Государство страхует лишь самые незащищенные слои населения (малоимущих и пожилых), да и то не в полном объеме. Государственное страхование лиц с низким доходом (федерально-штатная страховка) в виде системы Medicaid также распространяется на детей и беременных женщин, не имеющих другой какой-либо страховки. В связи с низким финансовым покрытием указанной системы многие врачи, особенно частнопрактикующие врачи общей практики, весьма неохотно принимают таких пациентов.

Другое дело – финансирование из федерального бюджета медицинского страхования пожилых (Medicare), за которых конкурируют все врачи. Эта страховка охватывает всех лиц пенсионного возраста (65 лет и старше), а также больных с рядом определенных заболеваний. Она полностью покрывает краткосрочную госпитализацию и на 80% стоимость визита к врачам. Кроме того, есть военная медицинская страховка, распространяющаяся на ветеранов, военнослужащих и членов их семей, система страхования детей до 18 лет из семей с низким доходом семей, а также частные страховки на все остальные случаи.

Теперь, по новому закону от 2014 года о защите пациентов и доступности медицинской помощи, медицинское страхование должно охватить дополнительно 30 млн. человек в течение 10 лет при наличии одной из страховок, будет расширена помощь для пожилых, будут увеличены объемы медицинской помощи по страховкам. Страховки в любом виде становятся обязательными, а при их отсутствии налагается штраф. Кстати, определенная часть средств на выполнение этого закона получена в результате дополнительного налогообложения состоятельных людей, что вызвало в их среде неудовольствие, равно как и в объединяющей их Республиканской партии. Отсюда видно, что система медицинского страхования в США становится более социализированной.

Кроме того, в конце XX столетия произошли некоторые подвижки в системе помощи пожилым. Тогда в США было 48 млн. пожилых, т.е.17% населения, и на оказание им обычной помощи требовалось 2.6 тыс. долларов в год на каждого. Ею пользовались 96% пожилых, и на нее уходило 68% всех средств по программе. Один сложный случай обходился уже в 36.5 тыс. долларов, такой помощью пользовались только 4% всех пожилых, но на нее уходило 32% всех средств. Поэтому была поставлена задача предупредить эти сложные и дорогостоящие случаи, что демонстрирует обоснованность выбора приоритетов в реформировании медицинской помощи пожилым. Иначе говоря, типично оптимизационная задача состояла в том, чтобы уменьшить затраты на дорогостоящую специализированную медицинскую помощь при улучшении медицинской помощи пожилым, и этот опыт чрезвычайно интересен и полезен для многих других стран, но, особенно, для нашей страны. Так, например, в Швеции всего 10% больных потребляют 79% объемов стационарной помощи, и это там является серьезной проблемой.

В результате за пятилетие в США были закрыты 52% специализированных коек для пожилых и персонал сократили на 11%. Но вследствие интенсификации стационарного лечения число пролеченных больных возросло на 22%. Сэкономленные средства никуда не исчезли, а были перераспределены и на 36% выросло финансирование амбулаторной помощи, т.е. ПМСП (причем было создано более 300 новых общих врачебных практик в местах компактного проживания пожилых), значительно увеличилось (на 35%) число операций в дневной хирургии (у нас более 20% операций в стационарных условиях вполне можно делать в условиях дневной хирургии), возрос объем помощи на дому. Значительные из высвободившихся средств были вложены в массовую иммунизацию, скрининги, диспансеризацию. В результате раннее выявление рака простаты возросло с 1% до 73%, диспансеризация пожилых с гипертензией при давлении свыше 140/90 возросла с 25% до 55%, улучшился скрининг на алкоголизм и т.д.

В итоге всей реформы за 5 лет улучшилась доступность медицинской помощи пожилым, увеличилось число пролеченных больных, снизились затраты за счет более раннего выявления заболеваний и их более результативного лечения, увеличилась продолжительность здоровой жизни, выросла удовлетворенность пожилых людей за счет фокусирования средств на особых группах пожилых и особых их потребностях. Приведенный пример показывает высокую эффективность государственного регулирования даже в частных рыночных моделях медицинского страхования. Это также говорит о наметившемся тренде движения рыночной модели медицинского страхования в США в сторону более социализированной системы с элементами государственного вмешательства.

Почему этот пример исключительно важен для нашей страны? Он еще раз подтвердил низкую эффективность дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), куда попадают пациенты с запущенными, пропущенными и тяжелыми заболеваниями, и высокую эффективность (отношение результатов к затратам) предупреждения и раннего выявления заболеваний, а также острую необходимость правильного развития первичной медико-санитарной помощи. В перечень ВМП в РФ входит 1500 технологий (из них 459 за счет субвенций ФФОМС) по 35 заболеваниям и состояниям. Каждый случай обходится в 150-200 тыс. руб., в 31% случаев ВМП оказывается в учреждениях федерального уровня, в 69% –регионального (там тариф существенно ниже). С 2015 г. оплата высокотехнологичной помощи производится за счет ОМС при сокращенном на нее квотировании.

В 2014 г. произведено 715 тыс. операций в центрах ВМП, чем все почему-то очень гордятся. Вначале просмотрели и запустили болезни, вовремя их не выявили и не лечили, а потом оперируют, когда могут быть далеко не лучшие последствия и результаты, которые никто не оценивает. По государственной программе построено новых центров по: травматологии, ортопедии и эндопротезированию – 5, сердечно-сосудистой хирургии – 7, нейрохирургии – 2, перинатальных – 21. Число нуждающихся пациентов и получивших ВМП систематически растет. Что это за больные? С запущенными, пропущенными и

тяжелыми случаями заболевания. Чем их будет больше, тем больше потребность в ВМП и тем будут выше затраты.

Иначе говоря, весь цивилизованный мир, кроме нашей страны, старается «не допустить» пациентов до дорогостоящих высоких технологий, существенно повышающих расходы на здравоохранение. С сугубо клиническим мышлением и подходом, без многолетней подготовки в сфере общественного здоровья и организации медицинской помощи и общесистемного подхода даже выдающиеся врачи – хирурги, педиатры, кардиологи, психиатры, неврологи и другие такие задачи не в состоянии решить или хотя бы их как-то обозначить.

Мировая история здравоохранения оставила нам примеры грамотного решения задач с помощью моделирования. Так, в одной из малых стран в 1950-ые годы произошла вспышка коревой краснухи. Правительство не имело достаточно средств для ее купирования, а специалисты разводили руками. Тогда из США была приглашена группа математиков- системщиков во главе с известным специалистом по планированию и моделированию больших систем Расселом Линкольном Акоффом (1919-2009), которая совместно с местными эпидемиологами смоделировала ситуацию и на модели «проиграла» разные варианты. В итоге была выдана следующая рекомендация: «За выделенные правительственные средства самых лучших результатов можно достичь, если провакцинировать девочек в возрасте 14- 15 лет». Это было 60 лет тому назад, но с тех пор что-то подобное в нашем здравоохранении не проводилось, хотя задачи на оптимизацию возникают постоянно. В итоге огромные средства, выделенные совсем недавно на здравоохранение, практически не повлияли на улучшение здоровья граждан.

Что касается внедрения некоторых рыночных элементов в государственно-бюджетную модель здравоохранения, то тут в качестве примера можно привести Великобританию. Там с 1948 г. создана национальная бюджетная модель здравоохранения, финансируемая из налогов. Основа этой модели была заложена еще в 1942 г., когда страна была в блокаде, и состояла в принципе Cradle to grave (бесплатная медицинская помощь с пеленок до могилы). При этом все клиники принадлежали юридически местной общине, что позволяло учитывать местные особенности и приоритеты. Между уровнем общины и министерством здравоохранения находились 28 региональных стратегических управлений, интегрирующих общенациональные приоритетные программы. К их ведению относились 155 местных подразделений – трастов, которые и организовывали всю медицинскую помощь. ПМСП потребляла до 80% всего бюджета и в ней были заняты 30 тысяч врачей общей практики и 18 тысяч государственных стоматологов. Трасты, помимо ПМСП, организуют первичную и вторичную профилактику, вакцинацию, контролируют местную эпидемиологическую ситуацию, организуют неотложную помощь, а также управляют работой большинства больниц (кроме университетских клиник) и отвечают за организацию специализированной медицинской помощи. И в таком организационном виде здравоохранение Великобритании сохранилось до сих пор.

С 1948 г. существовало только бюджетное финансирование из налогов постоянной (учреждения, кадры и т.д.) и переменной (оказание медицинской помощи) частей сметы расходов. Но постепенно при достаточном уровне качества помощи и высокой степени удовлетворенности пациентов возникли нарастающий дефицит средств и очереди на стационарное лечение. Всем стало ясно – нужны преобразования в системе финансирования здравоохранения. Реформа разрабатывалась 3 года (1988-91), потом еще год обсуждалась, в том числе с авторитетной Британской медицинской ассоциацией, и, наконец, был принят закон.

Предложения перейти на страховые принципы в любом виде были полностью и категорически отвергнуты в силу малой привлекательности страховой модели и низкой ее эффективности и даже не рассматривались. Если ранее все расходы по смете финансировались из бюджета, то теперь, согласно реформе, бюджет составляет только 85% всех расходов на здравоохранение и покрывает полностью постоянную часть сметы расходов и частично переменную, Переменная часть финансируется также из частного добровольного страхования (ДМС) на 11% и соплатежей граждан – 4% (за выписку и оплату части стоимости лекарств). Государство является собственником всех лечебно-профилактических учреждений, но передало их в управление трастам на местный уровень, которые для оказания медицинской помощи получают бюджетные кредиты. Медицинская помощь является бесплатной для граждан, хотя трасты и подчиненные им больницы могут быть автономными, т.е. обладающими большей свободой в управлении своими ресурсами при меньшем контроле со стороны государства и медицинских чиновников. Отдельные рыночные элементы зафиксированы в концепции внутреннего рынка, по которому районные (местные) органы здравоохранения могут вступать в договорные отношения с врачами общей практики, государственными стоматологами и больницами.

Иначе говоря, теперь часть средств, в том числе бюджетных, при оказании медицинской помощи выделяется не по смете, а по договорам, в которых обозначены объемы и виды помощи, ее уровень и качество и даже ожидаемые результаты. Основные сложности при этом возникли с прогнозированием результатов, но постепенно они сглаживались. В результате медицинская помощь осталась бесплатной, дефицит бюджетных средств исчез, исчезли и очереди в больницы. Таким же путем конвергенции, т.е. сближения элементов разных моделей здравоохранения идет и Испания. Из изложенного видно, что в развитых странах отмечается сближение разных моделей здравоохранения со взаимным проникновением ряда элементов. В целом направленность этих преобразований такова, чтобы за редким исключением (к исключению можно отнести и нашу страну) формировать новые модели с большей социальной ориентацией.

How Should We Develop Our Healthcare?

Part 1. On Convergention of Different Healthcare Systems

Komarov J. M.
Doctor of Medicine, Professor, Honored Worker of Russian Science, Member of the Executive Committee Bureau for Pirogov Social Movement for Health Professionals

In the first part of the article the author considers health systems, currently in use in such countries as France, Germany, Great Britain, the Netherlands, Sweden and USA. The conclusion is made on the process of convergence of public and private-budget healthcare models, enhancing social orientation of health care organizations. Low efficiency of high-tech medical care, compared with an early stage therapy of diseases is stressed.

Key words: public healthcare, commercial healthcare, medical insurance, high-tech medical care, healthcare costs