

***ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ
ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА***

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ

№ 25Р

С. В. Шишкин

**Реформа финансирования
российского здравоохранения**

Москва
2000

С. В. Шишкин. Реформа финансирования российского здравоохранения

В монографии рассматриваются процесс и результаты внедрения в отечественное здравоохранение системы обязательного медицинского страхования. Анализируются проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания и развития практики теневых платежей, низкой управляемости здравоохранения, неэффективности сложившейся бюджетно-страховой модели его финансирования. Обсуждаются возможные стратегии решения этих проблем.

Редактор – Главацкая Н.Г.

Компьютерная верстка – Астахов А.В., Юдичев В.А.

**Настоящая работа издана на средства гранта,
предоставленного ИЭПП Агентством США
по международному развитию**

ISBN 5-93255-029-5

**Лицензия на издательскую деятельность ИД № 02079
от 19 июня 2000 г.**

103918, Москва, Газетный пер., 5

Тел. (095) 229–6413, FAX (095) 203–8816

E-MAIL – root@iet.ru, **WEB Site** – <http://www.iet.ru>

© Институт экономики переходного периода

Оглавление

Введение	7
Раздел 1. Реформирование системы финансирования здравоохранения в 90-е годы	11
<i>Глава 1. Государственная система финансирования здравоохранения: причины реформирования</i>	12
<i>Глава 2. Опыт реформирования систем финансирования здравоохранения за рубежом</i>	21
2.1. Направления реформирования здравоохранения в странах с рыночной экономикой	21
2.2. Реформы систем финансирования здравоохранения в странах с переходной экономикой	40
<i>Глава 3. Введение обязательного медицинского страхования в России</i>	53
3.1. Опыт реформирования бюджетной модели финансирования здравоохранения	53
3.2. Выбор модели обязательного медицинского страхования	57
3.3. Практическое внедрение новой системы финансирования	70
3.4. Конфликты интересов и попытки ревизии модели ОМС	81
3.5. Уроки введения обязательного медицинского страхования	92
Раздел 2. Проблемные узлы системы финансирования здравоохранения	99
<i>Глава 4. Государственные гарантии бесплатного медицинского обслуживания и расходы государства и населения на здравоохранение</i>	101

4.1. Финансовая обеспеченность государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи	101
4.2. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства	115
Глава 5. Управляемость системы здравоохранения	151
5.1. Децентрализация управления.....	151
5.2. Цели управления системой здравоохранения	157
5.3. Ресурсы и механизмы управления федерального центра.....	162
5.4. Управляемость системы здравоохранения на региональном уровне	177
Глава 6. Сочетание бюджетного и страхового финансирования медицинской помощи	189
6.1. Причины дифференциации региональных моделей финансирования здравоохранения	189
6.2. Типология региональных бюджетно-страховых моделей.....	192
6.3. Общие недостатки бюджетно-страховых моделей.....	204
Глава 7. Квазирынок в системе общественного здравоохранения	208
7.1. Квазирынок и агентские отношения	208
7.2. Покупатели медицинских услуг как агенты государства	215
7.3. Производители медицинских услуг как агенты покупателей и государства	217
7.4. Общие условия эффективной деятельности агентов на квазирынке	219
7.5. Противодействующий фактор: рентоориентированное поведение	225
7.6. Противодействующий фактор: социальные сети и кланы.....	227

Глава 8. Роль страховщиков в системе обязательного медицинского страхования	230
8.1. Институциональный потенциал моделей финансирования с разными типами покупателей медицинских услуг	230
8.2. Права и возможности страховых медицинских организаций.....	243
8.3. Сравнение деятельности страховых медицинских организаций и филиалов фондов ОМС	268
Глава 9. Экономико-правовые условия деятельности медицинских организаций	283
9.1. Правовое положение медицинских организаций	284
9.2. Формы финансирования медицинских организаций	289
Раздел 3. Направления реформирования системы финансирования и управления	297
Глава 10. Пути достижения сбалансированности государственных гарантий медицинской помощи населению и их финансового обеспечения	298
10.1. Необходимость продолжения реформ в здравоохранении.....	298
10.2. Способы обеспечения сбалансированности государственных гарантий и их финансирования	301
10.3. Стратегии достижения сбалансированности	318
Глава 11. Пути повышения управляемости системы здравоохранения	323
11.1. Стратегии реформирования системы управления здравоохранением.....	323
11.2. Развитие механизмов управления фондами ОМС.....	336
11.3. Создание системы комплексного планирования здравоохранения	338

11.4. Развитие новых форм координационного управления	349
Глава 12. <i>Развитие системы медицинского страхования</i>	354
12.1. Варианты упорядочения схем сочетания бюджетного и страхового финансирования медицинской помощи	354
12.2. Регулирование деятельности страховщиков в системе ОМС	368
12.3. Перспективы формирования системы медико-социального страхования.....	378
Глава 13. <i>Совершенствование экономического механизма функционирования медицинских организаций</i>	392
13.1. Обеспечение хозяйственной самостоятельности государственных медицинских организаций	393
13.2. Расширение спектра организационно-правовых форм медицинских организаций.....	401
13.3. Внедрение новых методов оплаты медицинской помощи	413
Заключение	417
Библиография	420

Раздел 1

Реформирование системы финансирования здравоохранения в 90-е годы

Глава 1. Государственная система финансирования здравоохранения: причины реформирования

Принципы организации советской системы здравоохранения¹ сложились в первые десятилетия существования СССР. К числу главных ее характеристик относятся:

- право на бесплатную медицинскую помощь для всего населения;
- финансирование здравоохранения из государственного бюджета и средств государственных предприятий;
- предоставление медицинской помощи государственными лечебно-профилактическими учреждениями;
- предоставление амбулаторно-поликлинической помощи в поликлиниках, объединяющих врачей разных специальностей;
- централизованная система административного управления.

Право всех граждан государства на получение бесплатной медицинской помощи было провозглашено в Советской России в 1918 году впервые в мире. Для обеспечения этого права была создана разветвленная сеть лечебно-профилактических учреждений. В 1990 г. в Российской Федерации насчитывалось 12,8 тысяч больничных учреждений с 2,0 миллионами коек, 21,5 тысяч врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, рассчитанных на 3,2 миллиона посещений в смену, 47,7 тысяч фельдшерско-акушерских пунктов, свыше 3,1 тысячи станций и отделений скорой медицинской помощи².

¹ Ее нередко называют моделью Семашко по имени первого народного комиссара здравоохранения в Советской России Н.А.Семашко, руководившего ее созданием (Кучеренко, Данишевский, 2000, с. 5; Marree, etc, 1997, p. 7.).

² Здравоохранение Российской Федерации. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1995, сс. 68, 75; Шевченко, 2000, сс. 23-24.

ТАБЛИЦА 1.1

Показатели развития системы здравоохранения в России

	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1999
Число больничных учреждений, тыс.	8,5	10,5	14,3	13,8	12,5	12,8	10,9
Число больничных коек на 1000 чел.	4,3	5,9	8,2	11,3	13,0	13,8	11,5
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс.	20,5	20,4	21,9	19,9	18,7	21,5	21,1
Число врачей на 1000 чел.	0,7	1,5	1,9	2,7	3,8	4,5	4,7

Источник: Российский статистический ежегодник. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1999, сс. 213, 216; Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения РФ, 2000, сс.6, 100.

Почти все эти учреждения находились в государственной собственности. Небольшое число медицинских организаций принадлежало профсоюзам и общественным организациям. Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), принадлежащие государству, делились на две большие группы. Первая группа – это система *государственных ЛПУ*, финансирование которых осуществлялось непосредственно из государственного бюджета. Их раньше называли учреждениями в системе Минздрава РФ. Каждое из государственных ЛПУ обслуживало все взрослое или детское население, проживающее на определенной территории. Вторую группу составляли ЛПУ, находящиеся на балансе различных государственных ведомств и государственных предприятий. Они назывались *ведомственными ЛПУ*, финансировались за счет бюджетов ведомств и доходов предприятий и предназначались для обслуживания работников соответствующих ведомств и предприятий и членов их семей.

В 1990 г. в России количество стационарных медицинских учреждений в системе Минздрава РФ составляло 11970, а количество ведомственных больничных учреждений – 792 (*Кравченко, Поляков, 1998, с.62*).

Советские граждане, действительно, имели право на бесплатную медицинскую помощь и это право реализовывали. Но разные категории граждан имели право на бесплатное получение медицинских услуг разного качества. Неравенство в доступе к медицинской помощи является важнейшим системообразующим признаком отечественного здравоохранения (*Власов, 1999, с. 109*). Ведомственные медицинские учреждения для того и создавались, чтобы обеспечить более качественное медицинское обслуживание работников партийно-государственного аппарата и предприятий тех отраслей, развитие которых считалось приоритетным.

Советская система организации здравоохранения обладала серьезными преимуществами по сравнению с системами социального страхования и частного здравоохранения, доминирующими в мире до середины XX века. Она обеспечивала получение всем населением страны бесплатной квалифицированной медицинской помощи, включая профилактическую помощь. Но государственной системе управления и финансирования здравоохранения присущи и серьезные недостатки. Она устанавливает жесткий централизованный контроль за деятельностью медицинских организаций и их работников, который фокусируется на количественных показателях в ущерб качественным характеристикам (*Rowland, Telyukov, 1991, pp. 83-84*). Система государственного управления здравоохранением функционирует относительно успешно, когда природа решаемых задач достаточно проста, и количественные показатели, такие, например, как число вакцинированных, число пролеченных и т.д., адекватно отражают результаты деятельности системы (*Ensor, 1994, p. 4*). Менее успешно эта система справляется с обеспечением сложных медицинских услуг,

медленно реагирует на изменения эпидемиологической ситуации.

Внутренние недостатки организации советского здравоохранения сочетались с медленным ростом его обеспеченности материальными ресурсами. Во второй половине XX многие страны мира, и прежде всего страны с развитой экономикой, стали наращивать государственное участие в организации и финансировании здравоохранения. В то же время в СССР здравоохранение имело невысокий приоритет при распределении государством финансовых и материальных ресурсов. По такому показателю, как доля расходов государства на здравоохранение в ВВП, Россия намного отстала от стран с развитой рыночной экономикой (см. табл. 1.2). Правда, в мировой экономике прослеживается довольно четкая закономерность: с ростом ВВП на душу населения увеличивается доля совокупных расходов на здравоохранение в ВВП и растет доля государства в этих расходах (*World Bank, 1993, pp. 110; Schieber, Maeda, 1997, p. 6*), (см. табл. 1.3). Но доля расходов государства на здравоохранение в ВВП была в России даже несколько ниже, чем в несоциалистических странах с близким уровнем подушевого ВВП.

С 60-х годов все зримее стало проявляться отставание нашей страны от западных стран по показателям, характеризующим как ресурсное обеспечение здравоохранения, так и достигаемые результаты.

В 1990 г. расходы государства и населения на здравоохранение в валовом внутреннем продукте России составляли 3,0%, в том числе расходы из государственного бюджета – 2,0% ВВП. В странах с развитой рыночной экономикой эти расходы составляли в 1990 г. в среднем 9,2% и 5,6% соответственно (*World Bank, 1993, p. 211*).

ТАБЛИЦА 1.2

ВВП на душу населения и расходы на здравоохранение в отдельных странах в 1990 г.

	ВВП на душу населения, в долларах США	Расходы государства на здравоохранение, в % ВВП
Нигерия	337	1,2
Китай	341	2,1
Индия	360	1,3
Индонезия	581	0,7
Чили	2310	3,4
Мексика	2888	1,6
Бразилия	3219	2,8
Аргентина	4343	2,5
Россия	6539	2,0
Португалия	6814	4,3
Великобритания	16930	5,2
Италия	20192	5,8
Франция	21077	6,6
США	21967	5,6
Германия	24485	5,8
Швеция	26844	7,9

Источник: World Bank, 1993, pp. 210-211; Statistical yearbook. 39th iss. United Nations. N.Y., 1996, pp. 149-165.

ТАБЛИЦА 1.3

ВВП на душу населения и расходы на здравоохранение по группам стран в 1994 г.

Группы стран по уровню дохода	ВВП на душу населения, в долларах США	Расходы на здравоохранение на душу населения, в долларах США	Расходы на здравоохранение в % ВВП	Доля государства в расходах на здравоохранение, %
Страны с низким доходом	396	16	4,3	47
Страны со средним доходом	2707	168	5,3	57
Страны с высоким доходом	18611	1468	6,9	67

Источник: Schieber, Maeda, 1997. p. 6.

Уровень материально-технической базы отрасли был очень низким в сравнении со странами с развитой рыночной экономикой. По данным Госкомстата России, в 1985 г. в России 13% больниц размещались в зданиях, находящихся в аварийном состоянии или требующих капитального ремонта. В целом по СССР 30% больниц не имели в 1985 г. центрального отопления, 41% – горячей воды, 23% – водопровода, 32% – канализации. В медицинских учреждениях ощущался дефицит простейшего диагностического оборудования: флюорографического, рентгеноскопического, функционально-диагностического и др.

ТАБЛИЦА 1.4

Детская смертность и ожидаемая продолжительность жизни в России в сравнении с другими странами

	1960	1975	1990
Детская смертность в возрасте от 0 до 5 лет на 1000 новорожденных			
Страны с развитой рыночной экономикой	36	21	11
Социалистические страны Европы	68	36	22
Россия	н.д.	33	27
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет			
Страны с развитой рыночной экономикой	70	73	76
Социалистические страны Европы	66	70	72
Россия	68	68	69

Источник: Демографический ежегодник Российской Федерации. М.: Госкомстат России, 1994, с. 83; World Bank, 1993, p. 200-201.

Сравнение в нашу пользу оставалось лишь по немногим показателям, как, например, количество врачей и больничных коек на тысячу граждан. В 1990 г. число врачей достигло в

Российской Федерации 4,1 на тысячу жителей³. Между тем в странах с развитой рыночной экономикой этот показатель составил в среднем 3,1 за период 1988-1992 гг. (*World Bank, 1993, p. 209*). Количество коек в больницах в расчете на 1000 человек было в нашей стране одним из наиболее высоких в мире – 13,8 в 1990 г.⁴; в странах с развитой рыночной экономикой – в среднем 8,3 за период 1985-1990; Россия уступала по данному показателю лишь Канаде – 16,1 и Японии – 15,9 (*World Bank, 1993, p. 209*).

Мировое лидерство по вышеуказанным показателям было как раз прямым следствием концентрации внимания в административной системе управления на количественных показателях работы отрасли, причем на тех, обеспечить высокие значения которых относительно легче. Недостаток вложений в оборудование и в основные фонды, необходимые для внедрения новых медицинских технологий и обеспечения высокого качества медицинской помощи, «компенсировался» относительным переизбытком врачей и мест в больницах. Этот избыток был также следствием параллелизма в организации медицинской помощи: наличия во многих городах систем как государственных, так и ведомственных ЛПУ.

Сочетание высокой обеспеченности населения России врачами с низким уровнем затрат на функционирование отрасли отражало одну из фундаментальных особенностей социального народного хозяйства: дисбаланс между трудом и капиталом (*Рождественская, Шишкин, 1998*). При этом уровень оплаты труда медицинских работников составлял 65-75% от среднего по народному хозяйству.

³ Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения РФ, 2000, с. 102.

⁴ Здравоохранение Российской Федерации. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1995, с. 68.

Недостатки существовавшей государственной системы предоставления социально-культурных услуг населению стали вполне очевидны в 80-е годы. Критическое отношение к этой системе было вызвано следующим (*Шевченко, 2000, с.15; Barr and Field, 1996; Chernichovsky, Barnum and Potapchik, 1996; Rowland and Telyukov, 1991*):

- неудовлетворительностью показателей состояния здоровья населения (уровнем смертности, в том числе детской, уровнем заболеваемости) в социалистических государствах в сравнении с государствами Западной Европы и Северной Америки; увеличивающимся разрывом между этими двумя группами государств в динамике этих показателей;
- недостаточным финансированием здравоохранения, низкой долей затрат на охрану здоровья в ВВП;
- медленным обновлением медицинского оборудования, нехваткой современного оборудования в медицинских учреждениях;
- недостатком инноваций в методах лечения и медикаментах;
- избытком врачей и больничных мест при низкой эффективности их использования;
- низкой заработной платой врачей – ниже, чем в среднем по народному хозяйству;
- чрезмерной централизацией принятия решений и ограничением прав руководителей органов и учреждений здравоохранения;
- отсутствием у медицинских организаций и работников экономических стимулов к эффективной работе;
- низким качеством медицинских услуг, предоставляемых населению;
- минимальными возможностями у пациентов влиять на качество предоставляемых им услуг, используя легальные

механизмы воздействия на медицинские организации и их персонал;

- развитием теневой оплаты услуг врачей, медсестер, теневого рынка лекарственных средств.

По данным социологического опроса населения в России в 1988 г., примерно половина опрошенных была не удовлетворена медицинской помощью, оказываемой в поликлиниках, плохими условиями пребывания в стационарах и отсутствием там необходимых лекарств (*Chernichovsky, Barnum, Potapchik, 1996, p. 115*).

С замедлением прогресса в улучшении здоровья населения и в повышении качества медицинских услуг, недостатки высокоцентрализованной системы управления и финансирования здравоохранения стали рассматриваться как непреодолимые без кардинальных преобразований самой системы. Вполне очевидно, что при обсуждении и выборе направлений реформы специалисты обратились прежде всего к опыту организации и реформирования здравоохранения в странах с рыночной экономикой.

Глава 2. Опыт реформирования систем финансирования здравоохранения за рубежом

2.1. Направления реформирования здравоохранения в странах с рыночной экономикой

2.1.1. Экономические императивы реформ в здравоохранении

Государство занимается регулированием здравоохранения и участвует в его финансировании во всех странах мира. Это обусловлено изъянами рынка медицинских услуг (информационная асимметрия, внешние эффекты и др.) и представлениями о социальной справедливости, согласно которым люди должны иметь право на получение по крайней мере некоторого минимума медицинской помощи вне зависимости от уровня их дохода, и обеспечить такое право – обязанность государства (*Barr, 1993, pp. 291–309; Le Grand, Propper, Robinson, 1993, pp. 36-54*). Во второй половине XX века роль государства в финансировании и организации здравоохранения постоянно возрастала. Почти во всех странах с развитой рыночной экономикой были созданы общественные системы здравоохранения, доступные для всех или подавляющего большинства граждан.

Медицинскую помощь в этих системах оказывают как государственные, так и негосударственные медицинские организации и индивидуально практикующие врачи. Амбулаторную помощь оказывают врачи общей практики и специалисты, работающие как индивидуальные предприниматели, или в составе групповых практик. Организации, подобные привычным для нас поликлиникам, встречаются лишь в отдельных странах с развитой рыночной экономикой. Стационарное лечение осу-

шествляют государственные и негосударственные госпитали, причем среди негосударственных организаций имеются как некоммерческие, так и коммерческие. Соотношение государственных и негосударственных медицинских организаций различается в разных странах.

Финансирование медицинской помощи населению в общественных системах здравоохранения осуществляется либо из бюджетных средств государства, формируемых за счет общего налогообложения (*бюджетные системы финансирования*), либо из средств обязательного медицинского страхования, формируемых за счет страховых взносов работодателей, работающих и взносов государства или пенсионных фондов за неработающее население (*страховые системы общественного финансирования*). Во многих странах предусмотрено и участие населения в оплате получаемой медицинской и лекарственной помощи, но доля частных расходов в финансировании общественного здравоохранения невелика, а соплатежи выполняют роль ограничителя спроса.

Размеры общественного финансирования здравоохранения в странах с развитой рыночной экономикой росли высокими темпами в 50-70-е годы. Доля общественных расходов на здравоохранение в ВВП увеличилась более чем в два раза – с 2,5% в 1960 г. до 5,7% в 1980г. (см. табл. 2.1). Однако нефтяные кризисы 1973 г. и 1978 гг. и замедление темпов экономического роста поставили эти страны перед необходимостью искать пути сдерживания роста государственных расходов на социальные программы, снижения так называемой «социальной нагрузки» на государство. В то же время требования населения к качеству работы общественного здравоохранения продолжали расти. Западноевропейские государства столкнулись с невозможностью увеличивать прежними темпами финансовые средства, направляемые в здравоохранение, чтобы, тратя их прежним образом, обеспечивать рост качества медицинских услуг. Поэтому Запад вынужден был задуматься об экономии

ресурсов и более эффективном их использовании. Главными задачами реформ здравоохранения, развернувшихся в странах с развитой рыночной экономикой в 80-е – 90-е годы, стали сдерживание роста государственных расходов и повышение эффективности систем здравоохранения (*OECD, 1992, 1994*).

ТАБЛИЦА 2.1

Расходы на здравоохранение в странах с развитой рыночной экономикой*, % ВВП

	1960	1970	1980	1990	1996
Расходы – всего	3,9	5,5	7,2	7,9	8,1
Государственные расходы	2,5	4,1	5,7	6,1	6,1
Доля государственных расходов в общих расходах, %	63,9	73,8	78,1	76,9	76,1

*Среднеарифметические показатели для стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития, за исключением Люксембурга, Португалии, Турции, Кореи, Чехии, Венгрии, Польши, Мексики.

Источник: Diskette OECD Health Data, 1998; OECD, 1995b, pp. 9-12.

Политика сдерживания расходов проводилась по следующим основным направлениям (*Салтман, Фигейрас, 2000*):

◆ Регулирование уровня спроса на медицинские услуги и лекарственные средства:

- введение или развитие систем соплатежей населения за медицинскую и лекарственную помощь;
- снижение суммы страховых взносов для лиц, пользующихся услугами общественной системы здравоохранения в ограниченных пределах;
- внедрение мер по санкционированию госпитализации;
- нормирование потребления медицинских услуг путем установления времени ожидания их предоставления;

◆ Регулирование предложения медицинских услуг и лекарственных средств:

- развитие систем финансового планирования (включая установление предельных объемов услуг и уровней расходов для их производителей; контроль за размерами заработной платы, расходами на фармацевтические препараты и т.п.);
- реструктуризация медицинского обслуживания: сокращение количества больничных койко-мест в общественной системе здравоохранения и замещение относительно более дорогостоящего стационарного лечения менее дорогостоящим амбулаторным лечением или первичным медико-санитарным обслуживанием посредством расширения услуг дневных стационаров и центров амбулаторной хирургии, расширения оказания медицинской помощи на дому и т.п.;
- сокращение численности студентов медицинских вузов и врачей;
- развитие фармацевтического менеджмента (регулирование перечня и количества лекарственных средств, выписываемых врачами и др.);
- расширение масштабов регулирования приобретения и использования дорогостоящего медицинского оборудования с целью его концентрации, предотвращения бесконтрольного роста и дублирования.

Предпринятые меры по сдерживанию расходов оказались результативными: доля общественных затрат на здравоохранение в ВВП развитых стран лишь незначительно увеличилась в 80-е годы – с 5,7% в 1980 г. до 6,1% в 1990 г. (*OECD, 1995b, pp. 9-12*) и оставалась на уровне 6,0% в период 1990-1997 гг. (*World Bank, 2000, p.243*).

2.1.2. Внедрение рыночных институтов в общественное здравоохранение

При всем многообразии различий между общественными системами здравоохранения в европейских странах, все они

вплоть до 80-х годов характеризовались общностью принципов, на основе которых строились взаимодействия между *производителями* медицинских услуг (медицинскими организациями, индивидуально практикующими врачами и их ассоциациями) и организациями, их финансирующими, – *плательщиками* (государственные органы управления здравоохранением, страховые фонды), а также между различными производителями, предоставляющими технологически связанные медицинские услуги.

Пары *плательщик*→*производитель* формировались вне рыночным путем. В системах бюджетного финансирования каждый производитель находился в административном подчинении определенного территориального органа управления здравоохранением и получал финансовые средства в соответствии с распоряжениями этого органа. В системах страхового финансирования в европейских странах страховщики не имели права самостоятельно выбирать производителей, которые будут оказывать медицинскую помощь застрахованным. Они обязаны были заключить соглашение об оплате медицинской помощи с любым заинтересованным производителем медицинских услуг. Функции *плательщиков* сводились к распределению средств внутри сложившихся вокруг них групп медицинских организаций и передаче средств ассоциациям врачей, распределяющих их далее между своими членами. При этом страховщики часто были пассивными посредниками в движении финансовых ресурсов и не занимались вопросами более рационального их распределения (*OECD, 1995b, p. 41*).

Во взаимодействиях между различными производителями медицинских услуг (направление пациентов врачами общей практики или амбулаторно-поликлиническими центрами в специализированные диагностические центры, в стационары; направление пациентов, пролеченных в стационарах, на долечивание в амбулаторно-поликлинических условиях и т.п.) отсутствовали финансовые взаиморасчеты.

К концу 80-х годов в европейских странах укрепилось понимание того, что вышеуказанные принципы взаимодействия покупателей и производителей медицинских услуг являются препятствием для повышения эффективности системы здравоохранения. На формирование идеологии реформ сильное влияние оказала практика реализации государственных программ медицинского обслуживания в США (*Салтман, Фигейрас, 2000*). Выполнение программы Медикэр (медицинская помощь пенсионерам) и Медикейд (медицинская помощь малоимущим) обеспечивается там путем размещения государственными органами контрактов на рынке конкурирующих страховщиков, которые в свою очередь размещают контракты на рынке конкурирующих друг с другом медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Реформы, начатые в 1988 г. в Нидерландах, в 1991 г. в Великобритании, затем в Швеции, Германии, были направлены на внедрение элементов рыночных отношений во взаимодействия между субъектами общественного здравоохранения (*OECD, 1992-1995; WHO, 1997*). Эта идеология сыграла также важную роль в реформировании здравоохранения в Испании, Италии, Израиле, Финляндии, а также Новой Зеландии.

Суть предлагаемых новых принципов организации общественного финансирования здравоохранения сводилась к трем ключевым положениям:

1. Разграничение функций покупателей и производителей медицинских услуг;
2. Конкуренция производителей;
3. Конкуренция покупателей.

В системах бюджетного финансирования здравоохранения государственные органы управления здравоохранением сочетали функции финансирования медицинских учреждений с функциями управления их деятельностью. Разделение функций финансирования и функций прямого управления представлением услуг важно для того, чтобы решения о распреде-

лении выделенных на здравоохранение бюджетных средств не принимались под влиянием необходимости поддерживать подведомственные медицинские учреждения безотносительно к эффективности их работы (*Ensor, Stamp, 1995, p.12*).

Развитие конкуренции между покупателями за лучшие медицинские организации и за застрахованных, а также между производителями за покупателей и за пациентов рассматривалось как основная движущая сила повышения эффективности системы финансирования здравоохранения.

Вышеназванные принципы воплощала следующая идеальная модель распределения прав и ответственности тех, кто предоставлял медицинскую помощь населению, и тех, кто ее оплачивал:

1) Плательщики и производители свободны от отношений административного подчинения и взаимодействуют друг с другом как покупатели и поставщики услуг, заключая контракты, предметом которых являются структура, объемы и стоимость медицинской помощи, предоставляемой потребителям.

2) Покупатели не несут ответственности за хозяйственную деятельность и финансовое положение производителей.

3) Производители медицинских услуг должны покрывать свои расходы за счет доходов от выполнения заключенных контрактов, они несут финансовую ответственность за результаты своей работы и экономически заинтересованы в повышении эффективности своей деятельности.

4) Покупатели свободны в выборе тех, с кем они заключают контракты: покупатели могут заключать контракты с любыми производителями и вправе не заключать контракты с теми, чьи услуги более дороги или хуже по качеству.

Это означает, что в системах бюджетного финансирования здравоохранения территориальные органы управления здравоохранением не обязаны финансировать только те государственные медицинские организации, которые расположены на

их территории, а могут заключать контракты по своему выбору лишь с частью из них, а также с негосударственными организациями и с организациями, расположенными за пределами своего административного образования. В системах страхового финансирования страховщики освобождаются от обязанности заключать договор с каждой медицинской организацией, которая оказывала ранее или предполагает оказывать медицинскую помощь клиентам, застрахованным данным страховщиком.

5) Производители вправе заключать контракты с любыми заинтересованными покупателями (страховщиками, органами управления). Государственные и негосударственные медицинские организации имеют равные права в системе общественного финансирования здравоохранения.

6) Производители амбулаторно-поликлинических услуг наделены правами частичного фондодержания: они имеют возможность оплачивать услуги специалистов, проведение диагностики, а также часть видов стационарной помощи. Производители – фондодержатели имеют право выбора производителей, которым они направляют своих пациентов для консультаций, диагностики и лечения и сами рассчитываются из своих средств за предоставленную их пациентам помощь.

7) Потребители медицинских услуг свободны в выборе врачей и медицинских организаций, а также в выборе страховщиков в системах обязательного медицинского страхования.

Внедрение такой модели осуществлялось в странах и с бюджетными системами финансирования здравоохранения (Великобритания, Новая Зеландия, Швеция, Финляндия), и со страховыми системами (Нидерланды, Германия), и со смешанными системами (Италия, Испания, Израиль). Наиболее последовательно данная модель была реализована в Великобритании, Новой Зеландии и Швеции. Только в этих странах врачи общей практики были наделены правами частичных

фондодержателей – правами распоряжения средствами, предназначенными для оплаты определенных диагностических процедур и некоторых видов стационарного лечения.

Какими же оказались результаты внедрения рыночных институтов в систему общественного финансирования здравоохранения? В Великобритании ежегодный рост экономической эффективности здравоохранения составлял 1,5% в среднем за период с 1980 по 1991 гг., а после начала реформы в 1991 г. – 2% в среднем в год за период 1992-1996 гг. (*Ле Гран, 2000*). Отмечалось улучшение качества оказания медицинской помощи, главным образом, врачами общей практики, ставшими фондодержателями. Правда, несмотря на введение внутреннего рынка, у пациентов заметно не прибавилось возможностей выбирать врачей и госпитали для получения медицинской помощи. Результаты рыночных преобразований не были разрушительными для системы здравоохранения, как того опасались противники реформы, но и не оказались столь радикальны, чтобы оправдать надежды ее сторонников (*Klein, 1998*). Наиболее очевидными оказались изменения в социально-культурной составляющей медицинского обслуживания: повысился социальный статус врачей общей практики, усилилось внимание к ним со стороны органов управления здравоохранением, менеджеров и врачей, работающих в стационарах. Произошло осознание необходимости экономии средств. Благодаря заключению контрактов покупатели и производители стали лучше понимать, какие виды медицинской помощи они должны предоставлять, кому, по каким стандартам и по какой цене (*Ле Гран, 2000*).

Главная проблема реформы состояла в том, что органы управления здравоохранением не стали по настоящему независимыми покупателями медицинских услуг, а больничные трасты – по настоящему самостоятельными производителями. Территориальные органы здравоохранения находились под сильным давлением политиков, ограничивающих их в приня-