

УДК 334.7

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ РЕГУЛИРУЕМОГО РЫНКА В СИСТЕМЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**А.В. Андреева<sup>1</sup>, В.А. Генг<sup>2</sup>**

<sup>1,2</sup>Тверской государственной университет, г. Тверь

Цель статьи и научная новизна – это анализ действующих моделей финансирования систем здравоохранения в различных странах с развитой рыночной экономикой для выявления их достоинств и недостатков. Полученные результаты позволили обоснованно отстаивать несомненные преимущества государственного финансирования здравоохранения и связанные с этим государственные гарантии предоставления населению бесплатной медицинской помощи. При этом отмечается насущная необходимость развития регулируемого рынка в системе здравоохранения для повышения доступности, качества и эффективности медицинской помощи.

**Ключевые слова:** модель «внутреннего рынка», модель «планируемого рынка», модель «регулируемой конкуренции», оплата деятельности медицинской организации, государственно – частное партнёрство.

Государственное регулирование сферы здравоохранения осуществляется посредством целого ряда механизмов: регулирование цен в системе общественного здравоохранения, утверждение стандартов медицинской помощи для защиты пациентов, осуществление лицензирования медицинских организаций, планирование трудовых и материальных ресурсов и множество других регулирующих функций.

Различия экономических моделей систем здравоохранения в развитых странах определены ролью, функциями и степенью вмешательства государства в социальные процессы. Однако, можно выделить ряд параметров, определяющих специфику систем здравоохранения, присущих разным странам:

- форма собственности;
- способы привлечения финансовых ресурсов;
- организация рыночного взаимодействия производителей и потребителей медицинских услуг;
- механизмы ценообразования на медицинские услуги;
- способы, формы, методы контроля качества и минимального объема медицинской помощи населению.

Полное огосударствление здравоохранения не решает проблемы доступности и эффективности использования ресурсов. Поэтому во многих странах ведется активный поиск адекватной модели организации медицинской помощи. Кратко рассмотрим наиболее распространенные существующие модели.

1. Система, основанная на различном соотношении рыночных регуляторов и государственного регулирования конкуренции на рынке

медицинских услуг (платная медицина, базирующаяся на рыночных принципах с использованием частного страхования, т.е. отсутствует единая система государственного медицинского страхования). Медицинская услуга как «товар общественное благо» предоставляется государством исключительно слабозащищенным слоям населения в рамках финансирования общественных программ медицинской помощи.

2. Государственная система здравоохранения, полностью бюджетная система финансирования. Государство выступает основным потребителем и производителем медицинских услуг, практически полностью обеспечивает общественную потребность в медицинской помощи. Рынок играет второстепенную роль и полностью контролируется государством. (Ирландия, Великобритания, Португалия, Дания, Италия, Испания, СССР и др.). Данную модель определяют как госбюджетную.

3. Система здравоохранения, базирующаяся на различных формах социального страхования, регулировании рынка с разнообразными формами финансирования. Данная модель характерна для смешанной экономики, при которой рынок медицинских услуг сочетает государственное регулирование, социальные гарантии, доступность, качество медицинской помощи для граждан вне зависимости от уровня их дохода. Роль рынка сводится в данной модели к удовлетворению потребностей граждан в медицинских услугах сверх установленного уровня. Социально-страховая модель медицины характерна для РФ, Германии, Франции, Австрии, Японии, Швейцарии, Канады и др.

В зависимости от преобладающих параметров социально-страховая модель может быть приближена или к рыночной, или к государственной [3, с. 55].

Модель реформирования общественной системы здравоохранения базируется на четырех главных идеях.

1. Присутствует государственный орган, в чьем ведении находится финансирование общественного здравоохранения, он становится неким покупателем медицинской помощи. Финансирующая сторона действует в интересах населения и вступает в договорные отношения с любыми медицинскими организациями, которые полностью соответствуют требованиям к объему, доступности и качеству медицинской помощи. Содержание подведомственных учреждений меняется на договорные отношения между заказчиком и исполнителем. Подавляющая часть финансовых ресурсов здравоохранения реализуется через систему договорных отношений с поставщиками медицинских услуг.

2. Финансирующая сторона, как покупатель медицинской помощи, регулирует объем и структуру медицинской помощи. Планы трансформируются в конкретные заказы медицинским организациям, регулируемые двусторонними договорами. Оплата деятельности медицинской организации находится в прямой зависимости от согласованных объемов предоставленной медицинской помощи.

3. Покупатели медицинской помощи целенаправленно формируют рыночную среду в оказании медицинской помощи с помощью комплекса организационных мероприятий и механизма конкурсного размещения заказа медицинским организациям. Отбор осуществляется на основе сформулированных заказчиком требований к объему, качеству и условиям

оказания медицинской помощи с использованием механизма открытого обсуждения заявок претендентов на получение заказа.

4. Органы государственного управления здравоохранением на различных уровнях разрабатывают и осуществляют политику по охране здоровья населения, в рамках которой действуют покупатели медицинской помощи. Основной задачей этой политики является обеспечение сбалансированности государственных обязательств в отношении предоставления медицинской помощи населению и имеющихся финансовых ресурсов, что влечёт за собой усиление плановой и регулирующей функций в деятельности центральных и региональных органов управления и финансирования здравоохранения.

Цель создания регулируемого рынка – повышение показателей качества и доступности медицинской помощи, достижение эффективного использования ресурсов за счет расширения применения рыночных методов управления. При этом сохраняется преимущественно государственное финансирование здравоохранения и связанные с этим государственные гарантии предоставления населению бесплатной медицинской помощи. Основная часть производителей медицинских услуг остается в собственности государства, хотя и приобретает значительную автономию.

Главное отличие регулируемого рынка в здравоохранении от других товарных рынков состоит в том, что отношения рыночного типа строятся внутри системы. В государственном здравоохранении общий объем финансовых поступлений в рамках общественного источника финансирования остается прежним, меняется только распределение средств – от менее эффективных к более эффективным организациям. Именно поэтому система рыночных отношений в здравоохранении характеризуется как «внутренний» рынок.

На практике из-за значительных концептуальных, национальных, культурно-этнических различий, сложились три основных типа систем здравоохранения, различаемые в соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): система Бевериджа, система Бисмарка и рыночная система здравоохранения. Они построены на основе сочетания моделей бесплатной страховой и платной медицины.

Типичным представителем системы Бевериджа является национальная служба здравоохранения Великобритании, в том виде, в котором она была до 1990 г.

Эта модель характеризуется наличием бюджетного финансирования, осуществляемого в основном за счет налогов; центрального и регионального планирования; контроля качества медицинских услуг со стороны государства; охвата медицинской помощью всего населения. Это – бюрократическая, авторитарная система управления здравоохранением, основанная на государственном патернализме в определении приоритетов развития здравоохранения.

Среди недостатков модели можно отметить слабое стимулирование роста эффективности обслуживания населения; централизованное сдерживание государством роста расходов на здравоохранение; недостаточный учет мнения пациента, ограничение его свободы выбора.

Кроме Великобритании аналогичные системы действуют в Ирландии, Дании, Канаде, Швеции и Норвегии. До введения медицинского страхования данная система была и в России.

Нужно отметить, что в Великобритании с 1990г. началось реформирование здравоохранения. Главной целью являлось сохранение бесплатного доступа к медицинской помощи и создание внутреннего рынка медицинских услуг. В настоящий момент основополагающий принцип здравоохранения – разделение покупателей и производителей медицинских услуг и организация взаимодействия между ними на контрактной основе.

Основной характеристикой рыночной системы здравоохранения является отсутствие общей системы обязательного страхования [2, с. 43]. Типичный представитель – США, занимает лидирующую позицию в мире по доле ВВП, отчисляемой на здравоохранение, при этом имеет место многоканальная система финансирования здравоохранения. Источники финансирования складываются следующим образом: государственные расходы – 44,3 %, частное медицинское страхование – 40,4 %, прямые платежи населения – 15,3 %.

К основным недостаткам данной системы относится стремительный рост стоимости медицинских услуг; отсутствие страховых полисов у части населения (в США приблизительно 15 % граждан); неравенство доступа к медицинской помощи [там же, с. 41]. Имеющиеся проблемы системы здравоохранения вызывают формирование многочисленных планов реформирования американского здравоохранения, которые активно обсуждаются американской общественностью.

Система Бисмарка действует в Германии, Франции, Нидерландах, Бельгии, Испании, Японии. Модель характеризуется всеобщим страхованием здоровья, децентрализованным финансированием; обязательной конкуренцией между различными страховыми фондами; распределением функций между государством, финансирующими органами и поставщиками медицинских услуг [там же, с. 42].

К недостаткам модели относят отсутствие равной доступности медицинской помощи для различных социальных групп и административных территорий; тенденцию к неоправданному росту стоимости медицинской помощи; недостаточный учет интересов пациентов.

Относительно недавно в Германии, стране с традиционно сильными государственными институтами, используются механизмы государственно – частного партнёрства (ГЧП), в том числе при создании новых объектов социальной, экономической, экологической и информационной инфраструктуры. Однако с 2003 г. количество ГЧП в Германии активно растёт, что повышает эффективность расходования бюджетных средств. Этому весьма способствовало создание в 2002 г. по инициативе федерального правительства «ГЧП – центра компетенций», а также принятие в 2005 г. закона «Об ускорении внедрения ГЧП», облегчающего организацию и регистрацию партнёрств. Кроме того, с целью оказания консультационных услуг была создана компания «Партнёрства Германии». Тем не менее, несмотря на эти усилия, сегодня на долю проектов, реализованных в рамках ГЧП, в стране приходится лишь 4% государственных инвестиций, в связи с чем поставлена задача в течение десяти лет повысить эту долю до 10–15 % [1, с. 50].

Правительству Германии удалось успешно адаптировать концепцию ГЧП к социальным и экономическим задачам государства, заключающимся в стремлении обеспечить максимальную выгоду всем партнёрам: держателям бюджетных средств, продавцам медицинских услуг и населению. Результативная реализация проектов и комплексное развитие частного сектора основаны именно на особом понимании роли ГЧП в экономике, одной из целей которой в Германии является и борьба с бедностью. При этом важно иметь в виду, что проект ГЧП признаётся рациональным лишь при условии положительного экономического результата для бизнеса.

Таким образом, мировой опыт финансирования здравоохранения со своими достоинствами и недостатками вполне может стать основой для реформирования отечественной системы. Помимо рассмотренных в данной статье российское здравоохранение успешно внедряет в свою деятельность достижения и других систем, в частности, довольно успешно используется японский опыт по внедрению бережливого производства.

### **Список литературы**

1. Генг В.А., Генг Ю. Типы систем и модели финансирования здравоохранения: мировой опыт// Материалы международной заочной научно-практической конференции. Актуальные проблемы управления: опыт, проблемы, перспективы: Тверь: Твер. гос. ун-т. 2013. С. 41 – 47.
2. Галенко В.П., Андреева А.В., Генг В.А., Табелова О.П. Развитие государственно-частного партнерства в социальной и образовательной сферах России на основе опыта Германии // Материалы Международной научно-практической конференции «Стратегия развития профессиональной карьеры в регионе». Выборг: АОУ ВПО «Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина» Выборгский институт (филиал), 2016. С. 47 – 56.
3. Скляр Т.М. Международный опыт финансирования по результатам деятельности в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2015. №3. С. 51 – 57.

### **SOME SPECIFIC FEATURES OF THE REGULATED MARKET MODEL IN THE SYSTEM OF PUBLIC HEALTH CARE**

**A.V. Andreeva<sup>1</sup>, V.A. Geng<sup>2</sup>**

<sup>1,2</sup>Tver State University

The article analyses the models of health care systems financing, which exist in the countries with developed market economy. Based on this analysis, the authors suggest the model for public health care reform in Russian Federation, justify the need in "regulated market", since it will increase the quality and availability of medical help as well as facilitate efficient use of resources due to expansion of market management methods. At the same time, the health care system and related state guarantees of free medical help for citizens will be still mainly financed by the government.

**Keywords:** *"internal market" model, "planned market" model, "regulated competition" model, financing of a medical organisation, public-private partnership*

*Об авторах:*

АНДРЕЕВА Алла Викторовна – старший преподаватель кафедры управления персоналом, Тверской государственной университет, e-mail: [Andreeva.AV@tversu.ru](mailto:Andreeva.AV@tversu.ru)

ГЕНГ Варвара Антоновна – к.э.н., доцент, доцент кафедры государственного управления, Тверской государственной университет, e-mail: [Geng.VA@tversu.ru](mailto:Geng.VA@tversu.ru)

*About the authors:*

ANDREEVA Alla Viktorovna – senior lecturer, Tver State University, e-mail: [Andreeva.AV@tversu.ru](mailto:Andreeva.AV@tversu.ru)

GENG Varvara Antonovna – Candidate of Economic Sciences, associate professor, Tver State University, e-mail: [Andreeva.AV@tversu.ru](mailto:Andreeva.AV@tversu.ru)

### **References**

1. Geng V.A., Geng Ju. Tipy sistem i modeli finansirovanija zdavoohranenija: mirovoj opyt// Materialy mezhdunarodnoj zaochnoj nauchno-prakticheskoj konferencii. Aktual'nye problemy upravlenija: opyt, problemy, perspektivy: Tver': Tver. gos. un-t. 2013. S. 41 – 47.
2. Galenko V.P., Andreeva A.V., Geng V.A., Tabelova O.P. Razvitie gosudarstvenno-chastnogo partnerstva v social'noj i obrazovatel'noj sferah Rossii na osnove opyta Germanii // Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii «Strategija razvitija professional'noj kar'ery v regione». Vyborg: AOU VPO «Leningradskij gosudarstvennyj universitet im. A.S. Pushkina» Vyborskij institut (filial), 2016. S. 47 – 56.
3. Skljar T.M. Mezhdunarodnyj opyt finansirovanija po rezul'tatam dejatel'nosti v zdavoohranenii // Menedzher zdavoohranenija. 2015. №3. S. 51 – 57.