

Зарубежный опыт регионального управления системой здравоохранения

Бугубаева Р.О. к.э.н., профессор,

Ездакова О.С.

Карагандинский экономический университет Казпотребсоюза г.Караганда

Аннотация: Потребность в совершенствовании государственного управления процессами развития здравоохранения на региональном уровне обусловила растущий интерес к обоснованию его эффективных форм и методов. Определенную роль в решении такой задачи способен сыграть анализ современного зарубежного опыта, который позволит провести оценку применяемых подходов к организации государственного управления здравоохранением на национальном и региональном уровнях, проанализировать наиболее эффективные инструменты, возможные для использования в казахстанской практике.

Ключевые слова: региональное управление, государственное управление, система здравоохранения, система обязательного медицинского страхования

Вопросы социально-экономического развития страны, в том числе, путем улучшения здоровья населения с целью обеспечения производительности труда и развития экономики, являются актуальными на сегодняшний день. Обеспечение развития системы здравоохранения, эффективного функционирования рынка медицинских услуг и предоставление населению качественных и доступных медицинских услуг являются приоритетными направлениями деятельности развитых стран. [1]

Во Франции действует система обязательного медицинского страхования, основанная на солидарном участии государства, частных компаний, отдельных граждан, считающаяся одной из самых прогрессивных в мире. Бюджет здравоохранения составляет 10% ВВП. По этому показателю страна занимает пятое место в мире после США, Швейцарии, Германии и Канады.

Правительство этой страны в настоящее время предпринимает шаги по реорганизации системы управления здравоохранением, а также меры, направленные на экономию средств и их более рациональное использование. Потребность в них имеет многофакторную детерминацию: дефицит бюджета Национальной кассы медицинского страхования (НКМС), рост неравенства в доступности медицинской помощи для различных социальных слоев населения, нехватка специалистов и среднего медицинского персонала, сокращение расходов на научно-медицинские исследования и др. [2].

Особый интерес вызывают аспекты регионального уровня управления.

1. Признано целесообразным проведение парламентских дебатов по направлениям развития здравоохранения и определение первоочередных задач каждые пять лет.

2. Важное направление реформ - развитие профилактической составляющей системы здравоохранения. Подход, основанный на приоритетности борьбы с отдельными болезнями, признан ошибочным: сложившийся дисбаланс обуславливает неадекватно высокий уровень преждевременной смертности, значительные региональные различия в средней ожидаемой продолжительности жизни. Поэтому необходимым становится существенное увеличение доли бюджета здравоохранения, используемой на профилактику заболеваний (в настоящее время она составляет только 2,3%).

3. Модернизация управления стационарами призвана обеспечить необходимый контроль со стороны внешних инстанций, участие персонала в формировании политики учреждения, большую независимость отдельных его подразделений от совета администрации. План предлагает упрощение процедуры создания лечебных учреждений и стимулирование развития рынка медицинских услуг. Политика больниц в области лекарственной помощи будет направлена, прежде всего, на обеспечение равного доступа к инновационным препаратам и их рациональное использование внутри учреждения.

4. Среди мер фискального характера предусматривается: увеличение налогов на табак, рекламу медицинской продукции и демпинговые продажи фармацевтических компаний [3].

В характеристике организации здравоохранения в Германии, также использующей в качестве базовой систему обязательного медицинского страхования (ОМС), интересным для использования в Республике Казахстан является следующее[4]:

1. В каждом регионе (земле) разрабатываются планы развития больничной сети - стратегический (на несколько лет) и ежегодный. Они основаны на оценке потребностей населения и определении мощности больниц, необходимых для их удовлетворения. Кроме того, органы управления здравоохранением дают санкции на крупные инвестиции, включая строительство новых учреждений и закупки дорогостоящей медицинской и прочей техники.

2. В секторе больничной помощи действуют жесткие правила договорных отношений, установленные Германским социальным кодексом. Договоры на оказание медицинской помощи по системе ОМС заключаются только с больницами, в обязательном порядке участвующими в программах обеспечения качества. Чтобы облегчить выбор набора показателей качества и проведение мониторинга за их выполнением федеральные и региональные органы государственного управления разработали специальную программу.

3. Важным элементом системы здравоохранения является совокупность финансируемых на уровне земель программ оказания медицинской помощи лицам, доходы которых не позволяют им участвовать в схемах обязательного медицинского страхования.

4. При обязательном страховании все члены семьи застрахованного являются совместно застрахованными без внесения дополнительных взносов в случае, если доход каждого не превышает определенного минимума (327 евро в старых и 322 евро в

новых землях). Система ОМС поэтому может рассматриваться в качестве предпочтительного варианта получения медицинской помощи для людей с невысоким уровнем доходов, для семей с единственным источником доходов, а также для пожилых людей.

5. Каждый практикующий врач обязан застраховать свою профессиональную ответственность. При таком условии пострадавшая сторона имеет все шансы получить компенсацию, которая выплачивается не из личных средств врача, не лечебным учреждением и не из средств ОМС, а страховой компанией врача, совершившего ошибку.

Не менее интересен опыт стран, где доминирует бюджетное страхование, например, в Великобритании. Целями реформы являются внесение рыночных элементов в национальную систему здравоохранения, чтобы при сохранении ее преимуществ (равноправие, общедоступность, эффективная система контроля расходов) стимулировать более эффективную работу на микроуровне, обеспечить оптимальное сочетание стоимости и качества медицинской помощи [5].

В соответствии с намеченными задачами были определены следующие основные направления реформирования:

1. Ответственность за приобретение (покупку) медицинских услуг организационно отделена от ответственности за предоставление услуг. Если ранее районные органы здравоохранения выполняли обе вышеуказанные функции, то в настоящее время их роль заключается в выявлении потребности местного населения (в среднем около 250000 человек) в медицинском обслуживании, а затем приобретении наилучших и наиболее рентабельных услуг, которые можно получить в рамках ограниченного в средствах бюджета, составляемого из расчета на 1 человека. Между отдельными больницами может быть конкуренция, а условия предоставления услуг согласовываются и устанавливаются контрактами с районным отделом, иначе говоря, в национальной системе здравоохранения существует «внутренний» рынок потребителей и производителей услуг;

2. Хорошо управляемым больницам предоставляется статус самоуправления - это «трасты национальной системы здравоохранения» (НСЗ), принадлежащие государству, но обладающие большей независимостью. Трасты НСЗ образованы как государственные корпорации. Им даются в долг под проценты фонды, имеющиеся в наличии, и они имеют право свободно распоряжаться ими в рамках сохранения миссии больницы. Основным условием достижения статуса самоуправления является то, что менеджеры больницы должны продемонстрировать необходимые навыки. Трасты могут устанавливать условия найма и зарплату для персонала, не связывая себя национальными соглашениями национальной системы здравоохранения, профсоюза и ассоциаций;

3. Врачи общей практики с числом пациентов более 7 тысяч могут ходатайствовать о предоставлении им собственного, независимого от больниц бюджета или фонда врачебной практики, охватывающей определенный диапазон стационарных услуг, а также обычные услуги, связанные с первичной медицинской помощью. Фондодержательство, по мнению специалистов, стало настоящим прорывом

в управлении здравоохранением, так как позволяет Великобритании расходовать почти в два раза меньше средств в отношении к ВВП, по сравнению с другими высокоразвитыми странами и в течение длительного времени оставаться единственным государством, которому удается эффективно сдерживать расходы на здравоохранение;

4. Внедрение системы стратегической закупки медицинской помощи. Начиная с 1997 г. в роли покупателей помощи (заказчиков) выступают региональные органы управления здравоохранением и интегрированные группы врачей общей практики - фондодержателей - трасты врачебных практик. Последние из собственных средств оплачивают часть объемов стационарной помощи, услуги специалистов и медико-социальную помощь. При этом заказчики обязаны разработать стратегические планы закупки медицинской помощи, которые призваны продемонстрировать медицинским организациям намерения в отношении заказов на медицинскую помощь на следующие 3-5 лет. Планирование объемов и структуры медицинской помощи опирается как на показатели потребительских предпочтений, так и на собственную оценку рациональности сложившейся структуры оказания помощи [3];

5. Апробирована модель договорных отношений, которые складываются в конкурентной среде, т.е. являются селективными. Это означает, что покупатель медицинской помощи вправе заключать договоры не со всеми медицинскими организациями, имеющими лицензии, а только с теми, которые он выберет. Конкурентная модель размещения заказа на основе стратегического плана закупки способствовала формированию более рациональной структуры сети больниц (например, слиянию местных больниц, концентрации высокотехнологической помощи в наиболее крупных центрах);

6. Усилен контроль за организацией аудиторских (независимых) проверок, чтобы конкуренция стационаров и врачей общей практики не привела к снижению качества услуг. Опасения по поводу того, что конкуренция может вынудить больницы уменьшать расходы путем снижения качества, заставили разработать различные системы гарантий качества (включение показателей качества в контракты, мероприятия по аудиту медобслуживания во всей национальной системе здравоохранения, принятие на правительственном уровне «хартии пациента» с новыми стандартами качества). Врачи общей практики работают не по найму, а по контракту с национальной службой здравоохранения. Пациентам облегчена замена врача;

7. У пациента появилось (с конца 2005 г.) право выбора, по крайней мере, из четырех или пяти лечебных учреждений. Пациенты могут выбирать любого поставщика, соответствующего стандартам Великобритании, в пределах максимальной государственной цены, которую будет оплачивать нуждающимся больным национальная служба здравоохранения [6].

В целом реформа оперировала двумя механизмами повышения эффективности и оперативности здравоохранения: во-первых, рост конкуренции среди производителей услуг; во-вторых, новые организационные меры, направленные на повышение степени местной автономии и независимости управления в рамках национальной системы здравоохранения [3].

Заметны результаты реформы: рост обращений в клиники укрепления здоровья на 20% увеличили чистый доход врачей общей практики; увеличилось на 7% число пролеченных больных в стационарах; на 3% повысилась эффективность лечения; 48% опрошенных пациентов самоуправляемых трестов отметили улучшение услуг в стационаре; 90% довольны работой врачей общей практики; более 30% отметили улучшение обслуживания врачами после введения новой контрактной системы; вдвое снизилось число ожидающих госпитализации больных.

Наряду со специфическими характеристиками организации здравоохранения в странах, использующих разные модели его финансирования, могут быть позиционированы и общие, присущие ряду стран, отражающие инновации, апробированные в практике последних десятилетий:

1. Разработка и реализация национальных программ развития здравоохранения, предусматривающих обязательный охват всего населения и предоставление равнодоступной помощи, независимо от уровня доходов и социального положения граждан, на основе широкой солидарности различных социально-экономических групп населения, общественного характера финансирования здравоохранения и рыночных отношений на стадии использования ресурсов;

2. Во многих странах установлены требования - отражать в договорах финансирующих организаций целевые показатели доступности медицинских услуг для населения (например, показатель максимального срока ожидания плановой госпитализации или консультации специалиста), а также их качество. В то же время страховщик обладает правом вносить коррективы в общие планы, исходя из потребностей и конкретной ситуации оказания медицинской помощи своим контингентам застрахованных. Он может использовать свои системы стимулирования повышения качества медицинской помощи;

3. Право выбора врача апробируется в странах, в основном имеющих национальную систему здравоохранения: в Швеции, Великобритании, Дании, Финляндии и др. Право выбора страховщика давно существует в США, а в последние годы реализуется в Нидерландах, Израиле, Германии и других странах. В Швеции и ряде других стран Северной Европы каждому гражданину предоставляется право выбора медицинского учреждения на территории всей страны. Обследование и лечение назначаются и проводятся при активном участии пациента, который по возможности должен быть информирован о своем состоянии, об имеющихся вариантах лечения, последствиях, побочных действиях лекарств и тому подобное;

4. Составной частью реформ во многих странах является развитие регулируемой конкуренции. В последние годы ее принципы начали реализовываться в Великобритании, Нидерландах, Израиле, США, Франции, Бельгии, Германии, Венгрии, Чехии, Словакии и других странах. При этом важным представляется развитие конкуренции, как между медицинскими учреждениями, так и между страховщиками;

5. С целью сдерживания политики «снятия сливок» страховщиками активизируется роль государства в определении «правил игры». Это относится к Нидерландам, Германии, Бельгии. Предлагается под контролем государства все взносы и платежи

сбирать в единый национальный фонд, из которого страховщики будут получать средства на подушевой основе в зависимости от числа и качества застрахованных [7].

Одновременно важна государственная поддержка тех видов медицинской помощи и тех типов медицинских учреждений, которые в силу своей специфичности или географического положения не имеют достаточного финансирования на основе объемных показателей, но которые все равно должны быть. Наряду с определением источника финансирования здравоохранения важнейшим направлением реформ является повышение эффективности использования ресурсов. С этой целью многие страны, имеющие различные принципы организации здравоохранения, стремятся развивать конкуренцию между медицинскими учреждениями. Это относится к Великобритании, Франции, Швеции, Дании;

6. В организации оплаты медицинской помощи широкое распространение получил метод глобального бюджета, особенно в отношении финансирования больниц. Его суть в том, что общие расходы фиксированы и заранее известны больнице и плательщику (например, страховщику). В Канаде он начал использоваться после того, как была децентрализована система финансирования здравоохранения. Во Франции и Германии глобальный бюджет стал использоваться вместо оплаты за койко-день. Глобальный бюджет используется для оплаты и амбулаторной помощи, в частности, в Германии. Хотя врачи амбулаторного звена в Германии получают оплату за услугу, однако фактическая стоимость услуги в момент ее оказания неизвестна, так как она будет определена по окончании отчетного периода путем деления согласованной суммы глобального бюджета на число оказанных всеми врачами услуг. Разновидностью глобального бюджета в амбулаторной помощи является подушевое финансирование, которое используется в Англии и к которому перешли Ирландия, Италия, Испания. Бельгия внедрила другую, наиболее популярную схему оплаты работы больниц - систему диагностически связанных групп. Эта система активно применяется в США, Австралии, Новой Зеландии, Ирландии и в других странах.

7. Начиная с 80-х гг. XX века в государственной системе здравоохранения ряда стран апробированы две модели, получившие названия «автономные» и «корпоративные» медицинские учреждения (по терминологии Всемирного банка). Собственником и учредителем таких учреждений было и остается государство, оно финансирует их и определяет цели, задачи и основные направления деятельности, контролирует их работу и соблюдение установленных стандартов и норм, в том числе по набору и уровню квалификации персонала и по режиму труда. Сохраняется подотчетность таких служб органам здравоохранения [8].

В бюджете автономных медицинских учреждений нет разделения по сметам. Они обладают правом самостоятельно принимать решения относительно своей повседневной деятельности, оставлять в своем распоряжении и переносить на следующий год неизрасходованные бюджетные средства, а также привлекать дополнительные ресурсы и оказывать помощь пациентам на платной основе, оставляя прибыль для удовлетворения собственных нужд по обновлению оборудования, материальному поощрению персонала и так далее.

Список литературы:

1. Швец Ю.Ю. Зарубежный опыт обеспечения качества медицинских услуг // *Transport business in Russia*, 2016. - №6. – С.51-53
2. Рисин И.Е., Прокофьева Т.А. Зарубежный опыт совершенствования государственного управления процессами развития здравоохранения // *Проблемы региональной экономики*, 2016. - №20. (электронный журнал)
3. Лобкова Е.В., Петриченко А.С. Управление эффективностью региональной системы здравоохранения // *Regional Economics: Theory and Practice*, 2018, vol. 16, iss. 2, pp. 274–295
4. Грищенко Р.В. О реформировании системы здравоохранения во Франции // *Здравоохранение*. - 2015. - №9. - С. 40-46;
5. Грищенко Р.В. О реформировании системы медицинского страхования во Франции // *Здравоохранение*. - 2015. - №10. - С. 41-45.;
6. Островская Е. Реформирование социальной сферы во Франции // *Современная Европа*. - 2016. - №4. - С.69-83;
7. Witter S. *An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union* / S. Witter, T. Ensor. - Chichester, N.Y., etc.: John Wiley&Sons. - 1997. - P.113-121