

Экономические модели здравоохранения

Экономические модели здравоохранения

Здоровье является категорией не только социальной, но и экономической. Конечно, оно не относится к товарно-денежным категориям и не представляет собой товар, продаваемый и приобретаемый на рынке. Здоровье не имеет рыночной цены, хотя и обладает высшей ценностью для общества и индивидуума.

Вместе с тем на поддержание, укрепление, восстановление здоровья приходится затрачивать материальные, финансовые, информационные, трудовые и другие ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в опосредованной форме как категорию экономическую

Наличие в той или иной стране соответствующей системы здравоохранения определяется многими обстоятельствами, но экономические модели, выражающие эти системы, могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах.

В настоящее время все существующие системы здравоохранения сводятся к трем основным экономическим моделям:

- 1. Государственная модель**, основанная на бюджетной системе финансирования (Великобритания, Швеция, Франция, Ирландия, Дания, Италия, Греция, Испания) Данную модель называю также бюджетной или госбюджетной.

2. **Частная модель**, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования (США, Израиль, Южная Корея). Данную модель называют также платной, рыночной, американской или моделью частного страхования.
3. **Социально-страховая модель**, основанная на принципах социального страхования с многоканальной системой (Германия, Япония, Австрия, Канада, Бельгия, Россия). Данную модель называют также страховой, социальной или бисмарковской.

Государственная модель

характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно. За счет государства ведется строительство медицинских учреждений, закупается оборудование, готовятся медицинские кадры.

Государство финансирует текущее содержание медицинских учреждений, целенаправленно использует дорогостоящую технику, аппаратуру и лекарственные средства. Управление здравоохранением осуществляют центральные государственные органы (Министерство здравоохранения)

Для частной модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе за счет самого потребителя медицинских услуг и отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей, которые не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи.

Социально-страховая модель

здравоохранения сочетает в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования, социальных гарантий и доступной медицинской помощи для всех слоев населения. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей граждан в медицинской помощи, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного минимума.

В настоящее время системы здравоохранения развитых стран строго не укладываются ни в одну из этих моделей. Реформы эволюционируют, заимствуя друг у друга идеи и отдельные элементы. Современные системы здравоохранения стали, по сути, настолько гибридными, что, порой, трудно сказать, какая модель взята за основу.

Организация, планирование и финансирование здравоохранения РФ

- **Организация:**

В условиях рыночного реформирования здравоохранения России, система «пациент-лечебное учреждение-страховая медицинская организация» создает экономический симбиоз, где каждый участник получает максимальную выгоду.

Для медицинских услуг в отличие от всех остальных характерны абсолютная безальтернативность (операцию на сердце нельзя заменить аппендэктомией) и необходимость быстрого принятия решений. Сам пациент нередко лишен возможности выбора медицинского учреждения, врача и цен, особенно в экстренных случаях

В такой ситуации помогает страховая медицинская организация как регулятор отношений врача и пациента. Эта Схема обеспечивает высокое качество лечения при умеренных финансовых затратах.

Финансирование:

До конца 2014 государство финансировало здравоохранение из трех источников (многокальное финансирование): ОМС, федерального и регионального бюджетов.

С 01.01.15г здравоохранение России полностью перешло на одноканальное финансирование, при котором все средства в медучереждения будут поступать из одного источника- фонда ОМС. Из других средств будут оплачиваться только ВМП в федеральных учреждениях, закупка дорогостоящего оборудования, капремонт зданий и реализация целевых госпрограмм.

Цель перехода на однокальное финансирование-это консолидация финансов в системе ОМС.

Государственные расходы на здравоохранение в 2015 году практически не вырастут и составят 2478 миллиардов рублей. Их доля ВВП сократится 3,4% до 3,3% (ВОЗ рекомендует государствам выделять на национальное здравоохранение не менее 5% ВВП).

Большая экономия предполагается на стационарной медпомощи: ее финансирование уменьшится на 35% (162 миллиарда рублей в 2015 году против 250 миллиардов рублей в 2014 году.)

С 01.01.15г все поликлиники страны перешли на подушевое финансирование, при котором деньги из территориального фонда ОМС выделяются ровно на то количество населения, которое за этой поликлиникой закреплено.

За каждого прикрепленного пациента, вне зависимости от того, как часто и с какими проблемами он обращался в поликлинику, раз в год поступит фиксированная сумма денег. Менять поликлинику можно один раз в год. **Как считают в Минздраве, когда деньги пойдут за пациентом, каждое лечебное учреждение будет заинтересовано его удержать, а значит, будет улучшать качество своей работы.**

- В 2015 году средний подушевой норматив финансирования составляет 11,6 тысячи рублей. В поликлинику будет направляться половина этой суммы. Оставшиеся 50% пойдут на оплату стационара, если пациента направил туда врач поликлиники.
- **Планирование :**
В перспективе планируется сообщать жителям страны о стоимости услуг, оказанных им в рамках ОМС. Каждому больному после посещения поликлиники или выписки из стационара будет выдана справка о потраченных на его лечение государственных средствах.

Эта форма отчетности вводится по аналогии с частными клиниками. Информация в квитанции для пациента должна совпадать с той, что будет передана страховой компании, которая перечисляет деньги на лечение. Ожидается, что такая открытая система позволит уйти от «прописок». Данное новшество будет иметь «воспитательный характер»: граждане, которые не задумываются о реальной стоимости лечения и воспринимают его как должное, осознают, что государство о них заботится

Планируются изменения в сестринских приемах: в поликлиниках появятся кабинеты доврачебного приема, где медсестры будут измерять температуру и давление и оформлять необходимые для врачебного приема документы: **после появления таких кабинетов одна медсестра сможет работать сразу с тремя врачами.**

Планируется также организовать отдельные сестринские приемы хронических больных. В частности, сестры будут выписывать рецепты хроническим больным на назначенные ранее врачом препараты. А также освободят врачей-педиатров от необходимости тратить время на продление рецептов на молочную кухню для детей.

В настоящее время запущен пилотный проект (Татарстан, Астрахань и Белгородская область) по переходу на электронные больничные листы, которые будут сразу передоваться в Фонд социального страхования –это уменьшит расходы на бухгалтерию, упростит расчеты выплат по страховым случаям и сократит возможности для мошенничества