

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕУДАЧ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ОТ БЮДЖЕТНОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЕ

М.К. Назаретян

Как известно, задачи государственной страховой медицины (ГСМ) складываются из следующих приоритетных направлений: обеспечение адекватной и гарантированной медицинской помощи, особенно лицам с ограниченным доступом к медицинским услугам; обеспечение качества оказываемой медицинской помощи и сдерживание роста стоимости оказываемых медицинских услуг.

ГСМ как программа социальной политики государства в области охраны здоровья населения предусматривает определение контингентов, подлежащих включению в программу, способы мобилизации средств и выбор механизмов возмещения (оплаты) медицинских услуг.

Основными характерными признаками программы ГСМ являются:

- 1) универсальность — доступность медицинских услуг исключительно для всех участников, включенных в программу;
- 2) равноправие — пользование, при необходимости, медицинскими услугами независимо от финансовых возможностей потребителя;
- 3) сохранение “социальной солидарности” — все участники программы оплачивают медицинские услуги для каждого из них;
- 4) обязательность — включение в программу всего контингента работающих граждан;
- 5) эффективность — сохранение положительного баланса между рациональным использованием экономических ресурсов и качеством медицинской помощи.

Хотя эти основные признаки являются одинаковыми для любой национальной программы страховой медицины, они при всей их обоснованности остаются во многом скорее пожеланиями, чем достижимой реальностью.

Так, выявлено, что почти в каждой стране, имеющей программу ГСМ, семьи с низким доходом часто имеют меньше возможностей получить необходимую медицинскую помощь, чем семьи с высокими доходами [4]. Оказывается, что доступ к медицинским услугам в этих странах практически гарантирован только тем, кто имеет либо частные страховки, либо согласны заплатить “из своего кармана” (Великобритания, Новая Зеландия, Канада). Что же касается эффективности использования имеющихся ресурсов в этих странах, то снижение стоимости медицинских услуг не всегда свидетельствует о благоприятных тенденциях.

Зачастую это достигается просто сокращением их объема или предоставлением менее сложных и менее дорогостоящих услуг. Кроме того, даже если выявлен источник неэффективного использования средств из-за различных объективных и субъективных причин, практически мало что удается сделать, чтобы исправить положение.

Перечисленные выше обстоятельства могут отрицательным образом влиять на процесс внедрения программы ГСМ, а в случаях их игнорирования, они могут привести к снижению уровня и качества оказываемой медицинской помощи населению [4]. Поэтому чрезвычайно важно проанализировать те возможные причины, которые могут вызвать определенные сомнения как в самой идее страховой медицинской помощи, так и при реализации каждого из основных вышеперечисленных признаков ГСМ.

Непрерывно возрастающая стоимость медицинских услуг, сочетающаяся с экономическими трудностями и финансовой нестабильностью, также диктует необходимость детального анализа тех условий, в которых может оказаться программа страховой медицины в процессе ее претворения в жизнь.

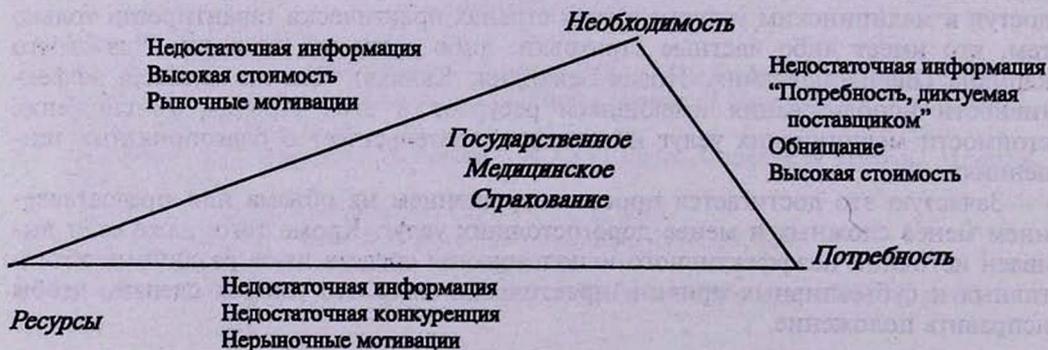
В Армении — это пока не сформировавшийся и во многом стихийно регулируемый рынок услуг и товаров, находящийся постоянно под воздействием опасности инфляционных процессов, избытка незанятой рабочей силы и трудноподдающейся учету и налогообложению статьи доходов населения.

В этих условиях взаимоотношения между потребителями и поставщиками услуг (в том числе и в секторе здравоохранения) регулируются в основном соотношением “спрос—предложение”, не только в сфере частной медицинской практики, но и в структурах государственного (общественного) здравоохранения.

Однако при оказании услуг медицинской помощи приходится иметь дело с еще одной медико-социальной категорией — необходимостью в медицинских услугах. Если спрос или потребность населения в медицинской помощи определяется желанием или стремлением людей обратиться за медицинской помощью, получить ее и оплатить конкретно оказанные услуги, то термин “необходимость” имеет более широкое значение, связанное с объективным состоянием здоровья, его оценкой на основе научно разработанных нормативов, демографической структуры, социально-экономических условий и т.д. [1–2].

В то время как рынок товаров и услуг регулируется в основном под влиянием диспропорций между спросом и предложением, процесс реализации медицинских услуг осуществляется под сочетанным воздействием еще, как минимум, двух возможных факторов: несоответствием между ресурсами и потребностью, с одной стороны, и ресурсами и необходимостью, — с другой.

Концепция диспропорциональных соотношений или дисбаланса между необходимостью, потребностью и ресурсами (предложением) представлена на рисунке и имеет форму неправильного треугольника.



Длина каждой из сторон представленного треугольника условно соответствует степени выраженности диспропорций между двумя его вершинами (категориями), а положение вершин — значимости категории: преобладающая по значимости категория располагается на верху треугольника, ей уступает ее вершина, находящаяся справа, а вершина треугольника, располагающаяся слева, имеет наименьшую значимость.

На рисунке видно, что необходимость превосходит, то есть находится выше потребности, а потребность превосходит предложение (ресурсы), а также, что необходимость, в свою очередь, превосходит предложение (ресурсы). В целом, представленный на рисунке треугольник характеризует систему с выраженными диспропорциями. По периметру треугольника представлены те возможные причины, которыми определяется имеющийся дисбаланс категорий в системе, а общая площадь треугольника отражает масштабы проблемы. Площадь треугольника будет уменьшаться, если две из трех категорий (катетов треугольника) будут сближаться и даже сливаться (при условии выравнивания необходимости с потребностью), однако уменьшение масштабов (площади треугольника) не устраняет диспропорций полностью, так как третья вершина (категория) практически никак не может быть совмещена с двумя другими.

Поскольку любой неравносторонний треугольник может иметь лишь одну короткую сторону и две длинные, то это означает, что анализируемая нами система в любой отрезок времени может иметь, как минимум, две или три диспропорции (но никак не одну, единственную, проблему).

Так как дисбаланс двух категорий может быть вызван лишь единственной причиной (например, недостаточными ресурсами), то число диспропорций в системе не обязательно равно числу причин, их вызвавших. С другой стороны, устранение только одной из причин может устранить сразу две диспропорции.

В идеальных условиях необходимость в обоснованных медицинских услугах должна быть равноценна потребности населения в их удовлетворении обеспеченными соответствующими и достаточными ресурсами. В этом случае, естественно, система будет представлена правильным равносторонним треугольником.

Какие же факторы могут способствовать развитию и сохранению диспропорций в системе? Недостаточная информированность или пренебрежение ее важной ролью является наиболее универсальной причиной возникновения диспропорций между всеми тремя категориями. Так, если необходимость в медицинских услугах не выражена соответствующей потребностью из-за того, что население плохо информировано о болезнях и способах их предупреждения и лечения, то это незамедлительно ведет к дисбалансу между категориями необходимости и потребности. С другой стороны, недостаточная информированность поставщиков медицинских услуг о том, в каких именно услугах более всего нуждается население, создает дисбаланс между ресурсами и необходимостью.

Возникновение диспропорции между поставщиком медицинских услуг и потребителями (больными), слабые финансовые мотивации для медицинских работников и оплата услуг т.н. "третьей" стороной (госзаказ, страховые компании и т.д.) могут привести к явлению, известному как "потребность, диктуемая поставщиком", и может сопровождаться увеличением количества медицинских услуг, которые, однако, не всегда могут быть клинически обоснованы. Это, в свою очередь, особенно в условиях зарождающегося и неконкурентоспособного

рынка, ведет к разрыву между имеющимися ресурсами и потребностью населения [5].

Кроме того, дисбаланс между категориями может возникнуть из-за несоответствия между стоимостью необходимых медицинских услуг и возможностью населения оплатить эти услуги (обнищание, неоправданно высокие цены и т.д.). Когда стоимость услуг чрезмерно высока, то необходимость в медицинской помощи не ведет механически к соответствующему увеличению спроса, так как больные не готовы оплатить предлагаемые услуги [3]. Поэтому категория необходимости медицинской помощи всегда оказывается более значимой у лиц с материальным достатком, а дисбаланс между необходимостью и потребностью указывает на неравный доступ к медицинской помощи. Эти диспропорции становятся более выраженными в случае оплаты услуг в одинаковых размерах для неимущих и состоятельных граждан.

Отсутствие конкурентных рыночных отношений и мотиваций может также создавать дисбаланс между потребностью (спросом) и наличными ресурсами, так как держателям ресурсов без достаточного стимула нецелесообразно возмещать дорогостоящие услуги (игнорирование потребности), и они более ориентированы на обеспечение необходимости, чем потребности населения [6]. В условиях же конкурентного рынка, если имеется разрыв между необходимостью и потребностью в медицинских услугах, обеспечение ресурсами, в первую очередь, ориентировано на удовлетворение потребности, а не необходимости. Если бы не категория "необходимости", то в условиях конкурентного рынка, ресурсы могли бы достаточно легко нивелировать диспропорцию, связанную с неудовлетворенной потребностью. До тех пор, пока категории необходимости и потребности не идентичны, конфликт между этическими (связанными с необходимостью) и экономическими (связанными с потребностью) критериями, определяющими соответствие ресурсов, будет сохраняться.

Таким образом, сокращение диспропорций между необходимостью и потребностью требует обеспечения более полной информации населения о формах организации и доступности медицинской помощи, причинах заболеваний, методах их профилактики и т.д.

Так как одной из весомых причин дисбаланса между потребностью и необходимостью является высокая стоимость услуг, то субсидирование расходов посредством страховых взносов сокращает разрыв между этими категориями (иногда почти до их полного совпадения), что позволяет более рационально распределять ресурсы, то есть делать их более ориентированными на потребителя.

Из представленного анализа следует, что каждая форма дисбаланса возникает из-за конкретных причин, которые могут быть устранены с помощью правильно спланированных и проведенных мероприятий. Трудность заключается в том, что устранение одной из причин не решает проблемы в целом. Обычно для этого необходимо одновременное выравнивание двух или трех диспропорций, то есть элиминирование комплекса причин, их вызывающих.

Из вышеизложенного следует, что для успешного претворения программы перехода от бюджетного финансирования к ГСМ, необходимо выработать стратегические решения, которые носят комплексный или всеобъемлющий характер.

Практика принятия разрозненных решений и попыток устранения отдельных нежелательных факторов способствует лишь дальнейшему углублению диспропорций и кризисных процессов, имеющих в секторе здравоохранения.

С нашей точки зрения, в сложившихся реальных условиях возможность реализации ГСМ должна предусматривать следующие мероприятия:

— постепенный (в течение нескольких лет) переход от чисто бюджетных взаимоотношений к смешанной бюджетно-страховой форме возмещения медицинских услуг;

— постепенное (в течение нескольких лет) вовлечение отдельных категорий населения в систему страховой медицины, показателями чего будут не только общее число выпущенных страховых полисов или число застрахованных, а реальные объемы собранных ежегодных страховых взносов;

— постепенное выравнивание имеющихся выраженных диспропорций между основными категориями (ресурсами, необходимостью и потребностью населения в медицинской помощи), в первую очередь, за счет более короткого катета неправильного треугольника, то есть, за счет максимального сближения (уменьшения дисбаланса) категорий необходимости и потребности;

— переход к страховой форме возмещения, в первую очередь, тех услуг, по которым, как правило, отмечается максимальное сближение категорий необходимости и потребности (услуги скорой и неотложной помощи, профессиональная заболеваемость и травматизм и т.д.);

— сохранение, наряду с страховой формой возмещения медицинских услуг, централизованных государственных бюджетных инвестиций, как источника финансирования отдельных социально значимых программ здравоохранения (первичная медико-санитарная помощь, профилактика заболеваний, медицинская помощь наиболее нуждающемуся контингенту населения и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Einthoven A.* Innovations in Health Care Financing. Proceedings of a World Bank Conference, March, 1997, p. 10.
2. *Frankel S.* Lancet, 337,29, June 1991, p. 1588.
3. *Gertler P., van der Gaag J.* The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developing Countries. Johns Hopkins University for the World Bank, Baltimore, 1990.
4. *Goodman J., Musgrove G.* Twenty Myths About National Health Insurance, NCPA Policy Report, 128, Dec. 1991.
5. *Hammer J., Berman P.* Health Sector Reform in Developing Countries, 1995, p. 35.
6. *Musgrove Ph.* HCO Working Papers, August 1995, HCOWP 59.