

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
«МАГИСТЕРСКИЙ ЦЕНТР»

На правах рукописи

МАМЕДОВ ЭЛЬНУР ФИКРАТ ОГЛЫ

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на тему

«МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СФЕРЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Шифр специальности и название: 060404 – «Экономика»

Специализация: «Правовое регулирование экономики»

Научный руководитель:

Доктор философии по праву

Доцент Ф.Э. ГАТЕМЗАДЕ

Руководитель магистерской программы

Доктор философии по экономике

Доцент С.З. ИСАЕВ

Заведующий кафедрой:

Доктор экономических наук

проф. Ф.П. РАХМАНОВ

БАКУ-2016

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Введение	3
Глава I. Административно-правовое регулирование современных систем здравоохранения.	
1.1. Законодательные основы регулирования сферы здравоохранения.....	6
1.2. Современные базовые системы здравоохранения.....	11
Глава II. Системы здравоохранения в развитых странах и их правовое регулирование.	
2.1. Организация и правовое регулирование системы здравоохранения во Франции.....	17
2.2. Организация и правовое регулирование системы здравоохранения в США.....	33
2.3. Организация и правовое регулирование системы здравоохранения в Дании.....	48
Глава III. Совершенствование правового регулирования сферы здравоохранения Азербайджанской Республики.	
3.1. Опыт правового регулирования реформ сферы здравоохранения в странах СНГ.....	56
3.2. Перспективы применения международного опыта правового регулирования в ходе реформирования системы здравоохранения Азербайджанской Республики.....	76
Выводы и предложения.....	80
Список использованной литературы.....	88

ВВЕДЕНИЕ.

Актуальность темы. Здоровоохранение представляет собой сложную общественную динамическую систему, которую человеческое общество на каждом этапе своего развития создает и использует для осуществления большого комплекса мероприятий, направленных на охрану и постоянное улучшение здоровья каждого человека и общества в целом, в частности на накопление научных медицинских знаний и использование их в целях широкой индивидуальной и общественной профилактики заболеваний, распознавания и лечения болезней и увеличения продолжительности жизни людей. Здоровоохранение относится к числу приоритетных направлений социальной политики государства в современных странах, так как здоровье нации представляет самостоятельную ценность и выступает важной составляющей общего потенциала страны.

Правовое регулирование придает системе здравоохранения оптимальную управляемость, целенаправленность и гарантированность, создает условия для разработки долговременной программы развития этой системы, определяет стабильность ресурсного обеспечения системы здравоохранения в целом и на этой основе совершенствует формы и методы руководства этой сферой.

В настоящее время процесс законотворчества в сфере здравоохранения развивается очень активно. Это связано с реформированием рассматриваемой сферы в странах, недавно осуществивших переход от командно - административной экономики к экономике рыночного типа, а также с динамичным развитием общественных отношений в сфере охраны здоровья в развитых странах, обусловленным повышенным вниманием населения к состоянию здоровья.

Изучение опыта правового регулирования и реформирования сферы здравоохранения в развитых странах, а также в странах с переходной экономикой, совершенно необходимо для успешного развития этой важнейшей социальной отрасли в Азербайджане.

Предметом исследования является международный опыт правового регулирования сферы здравоохранения.

Объектом исследования являются системы здравоохранения ряда стран, реформы, проводившиеся в сфере здравоохранения в этих странах, и их законодательное обеспечение.

Степень разработанности проблемы. Современное состояние научных исследований в рассматриваемой области характеризуется крайне незначительным наличием специальных работ по данной теме. За последнее время в свет вышли работы Сергеева Ю. Д., Малеиной М. Н., Попова В. Л., Колоколова Г. Р., Завелевой Г. Н., Стеценко С. Г., Мохова А. А. и др. В данных работах дана общая характеристика законодательства о здравоохранении, рассмотрены вопросы, касающиеся правовых отношений в области охраны здоровья, а также вопросы медицинской деятельности и медицинского права. Однако необходимо отметить, что фактически ни в одной из этих работ исследование международного опыта правового регулирования сферы здравоохранения не получило комплексной разработки.

Кроме того, были изучены научные работы азербайджанских учёных: Ф. Рахманова в сфере правового регулирования, А. Бабаева, А. Алирзаева, А. Шакералиева в социальной сфере, и в частности в сфере здравоохранения.

Целью исследования является выявление наиболее перспективных направлений правового регулирования сферы здравоохранения республики.

В соответствии с данной целью поставлены следующие задачи:

- уяснить сущность и содержание административно - правового регулирования сферы здравоохранения;

- выявить основные концепции и направления правового регулирования здравоохранения, имеющие практическое приложение;
- проанализировать конкретные модели системы здравоохранения и их законодательную базу, как в развитых странах, так и в странах с переходной экономикой, проводящих коренные реформы в сфере здравоохранения;
- оценить степень применимости рассмотренных моделей и концепций в Азербайджанской Республике;
- разработать рекомендации по совершенствованию правового регулирования сферы здравоохранения в Азербайджане.

Теоретической и методологической основой исследования служат научные труды зарубежных и отечественных учёных, посвящённые вопросам административно-правового регулирования сферы здравоохранения.

Информационной базой исследования служат международные нормативные и правовые акты, регламентирующие реализацию прав гражданина на охрану здоровья, законодательства отдельных стран в области здравоохранения, статистические материалы.

Структура работы. Работа состоит из введения, 3-х глав, заключения и списка использованной литературы.

В первой главе рассматриваются теоретические вопросы административно - правового регулирования сферы здравоохранения, основные системы здравоохранения, существующие в мировой практике.

Во второй главе рассматриваются системы здравоохранения Франции, Соединённых Штатов Америки, Дании и особенности их правового регулирования.

В третьей главе исследованы базовые направления реформирования сферы здравоохранения в Азербайджанской Республике, с учётом опыта подобного реформирования в ряде постсоветских республик.

В заключении выделены основные проблемы правового регулирования, возникающие в ходе реформирования здравоохранения, и предложены пути и способы их решения.

ГЛАВА I. АДМИНИСТРАТИВНО - ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

1.1. Законодательные основы регулирования сферы здравоохранения.

Законодательное обеспечение отрасли здравоохранения направлено на достижение одной из главных целей государственной политики – сбережение и укрепление здоровья нации. Национальная система здравоохранения должна быть построена на основе прогрессивного законодательства, вобравшего в себя передовой опыт мировой науки и практики в области охраны здоровья и права.

Правовое регулирование системы здравоохранения в социальном государстве включает в себя создание как нормативно-правовой базы, так и правового механизма реализации юридических норм, регулирующих деятельность данной сферы. Следует отметить, что законы и другие нормативные акты должны разрабатываться в строгом соответствии с Основным и другими законами государства.

Правовые отношения, возникающие в сфере здравоохранения очень многообразны. Они переплетаются с нормами различных отраслей права: административного, гражданского, трудового, уголовного. Об этом свидетельствуют особенности предмета и метода правового регулирования в здравоохранении. Предметом актов данной отрасли является совокупность правовых норм в области оказания медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия, а также иные связанные с этим вопросы. Должное поведение субъектов отношений в сфере охраны здоровья граждан обеспечивается посредством комбинированного

воздействия приемов и способов, характерных для административного права, гражданского права и права социального обеспечения. Субъектами регулируемых отношений являются государство, его органы и учреждения, медицинские учреждения различных форм собственности, с одной стороны, и граждане - с другой. В настоящее время на правовое регулирование здравоохранения направлены десятки и сотни разноуровневых нормативных актов различных отраслей права, как частного, так и публичного.

Право людей на медицинский уход и медицинское обслуживание закреплено в пункте 1 статьи 25 «Всеобщей декларации прав человека». Также основные положения международных норм по реализации прав гражданина на охрану здоровья установлены в таких международных актах как:

- «Конвенция о защите прав человека и основных свобод», заключенная в Риме 4 ноября 1950 года;
- «Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения» (Москва, 28 марта 1997 года);
- «Европейская социальная хартия» (Страсбург, 3 мая 1996 г.), статья 11 которой предусматривает право на охрану здоровья;
- статья 15 «Конвенции Содружества независимых государств о правах и основных свободах человека» (Минск, 26 мая 1995 г);
- статья 11 «Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» (Нью-Йорк, 18 декабря 1979 г).

Во всем мире в последние годы развивается международное сотрудничество в области охраны здоровья. 34-я сессия Парламентской ассамблеи Европейского совета в 1991 г. приняла рекомендации правительствам государств, в которых говорится, что здоровье является показателем качества жизни и составляет неотъемлемую часть социального, экономического и культурного развития индивидуума. Право каждого человека на защиту здоровья признано в «Уставе Европейского совета», подписанного в Лондоне 5 мая 1949 г.

В комплексе норм, образующих действующее законодательство о здравоохранении, ключевое значение имеют нормы конституционного, административного, финансового, гражданского законодательства и, несомненно, законодательства о социальном обеспечении граждан (рис. 1.1.1). В законодательстве о здравоохранении вполне уместны и могут сыграть серьезную профилактическую роль в охране здоровья населения нормы трудового, экологического, семейного и некоторых других отраслей законодательства.



Рис. 1.1.1. Законодательные нормы, регулирующие здравоохранение.¹

Одной из сложнейших проблем правового регулирования сферы здравоохранения является вопрос о юридической ответственности врача за негативные результаты лечения. В некоторых странах этот вопрос решается путём заключения медицинского контракта между врачом и пациентом, в котором оговариваются какие конкретные меры будут применены в случае причинения вреда пациенту или нарушения данного контракта. В случае отсутствия такого контракта, ответственность врачей определяется положениями гражданского и уголовного законодательства, предусматривающими санкции за нанесение увечий или иного вреда здоровью и за причинение имущественного и морального ущерба другому лицу. Обычно эти санкции заключаются в выплате денежной компенсации в соответствии с величиной нанесенного ущерба. В последние десятилетия отчётливо проявились противоречия в вопросе ответственности медицинских работников. Практика показывает, что успехи медицинской науки привели, с

¹ Стеценко С. Г. «Медицинское право» СПб. 2004

одной стороны, к чрезмерному росту ожиданий, которые пациенты возлагают на врачей, а с другой – к значительному усложнению медицинских технологий, способов и методов лечения. Осведомленность пациентов о своих правах увеличилась, повысились их требования к соблюдению врачами принципов медицинской и общечеловеческой этики. «Немалое количество жалоб приводит к выплате врачами денежных компенсаций по решению суда или до судебного разбирательства по взаимному соглашению обеих сторон. Размеры таких компенсаций бывают весьма значительны: при их расчете учитываются не только физический и моральный ущерб, но и утраченный потерпевшим заработок, который тот имел, либо определенно мог бы иметь, а также дополнительно понесенные расходы, связанные с восстановлением здоровья.»² Понятно, что обычный практикующий врач не в состоянии выплачивать компенсации таких размеров. Поэтому во многих развитых странах получило широкое распространение страхование профессиональной ответственности врачей.

Такого рода страхование оформляется специальным полисом, в котором подробно формулируются основные и дополнительные условия страхования. Обычно через механизм страхования возмещается только ущерб, который был причинен неумышленно или в результате случайных событий. «Приобретение полиса по страхованию профессиональной ответственности гарантирует врачу, что страховая компания берет на себя защиту его интересов в судебных процессах и выплату компенсаций по тем искам, которые могут быть ему предъявлены. Популярны общества взаимного страхования — за счет членских взносов их участников.»³

² Сергеев Ю. Д. Медицинское право в современной России: становление, успехи, проблемы, перспективы. Экономика здравоохранения. 2009. № 11. с. 21-25.

³ Корсак С. С. Материалы научно-практической конференции «Проблемы общественного здоровья и здравоохранения Республики Беларусь». Минск. 2005. с.184—186.

При всей бесспорной значимости правового регулирования сферы здравоохранения в современном обществе, обеспечение права человека на здоровье во многих странах недостаточно конкретизировано, а нередко просто декларировано в Конституции. А между тем, создание условий для реализации этого права является основой национальной безопасности любого государства.

Важнейшим понятием медицинского права является понятие «права пациента», включающее в себя совокупность правовых и общественных отношений, возникающих при обращении граждан за медицинской помощью. Есть смысл выделить три основных направления совершенствования прав пациентов в законодательствах о здравоохранении различных стран:

- принятие законов по правам пациентов (Греция, Исландия, Израиль, Литва, Финляндия);
- отражение прав пациентов в различных законах отраслевого законодательства (Беларусь, Россия, другие страны СНГ);
- принятие медицинскими ассоциациями хартий прав пациентов и кодексов профессиональной этики (Чехия, Словакия, Франция, Ирландия, Португалия, Великобритания).

Таким образом, насущной необходимостью становится разработка идеологии правовой медицины, призванной обеспечить оказание населению медицинской помощи и медицинских услуг в рамках норм медицинского права. Также требуется создание правовых механизмов взаимодействия всех участников оказания медицинской помощи, повышение уровня правосознания в обществе. Поэтому существует потребность в развитии сравнительно новой отрасли права — медицинского права, под которым понимается совокупность правовых актов, определяющих общеправовые, организационные и структурные отношения, возникающие при оказании медицинской помощи и проведении прочих действий, связанных с охраной здоровья населения. Предмет медицинского права, как таковой, включает

правоотношения при осуществлении лечебно-профилактической, санитарно-гигиенической деятельности и акты, определяющие правовой статус участников этих отношений.

1.2. Современные базовые системы здравоохранения.

Конкретные данные состояния общества в той или иной стране диктуют пути и способы совершенствования организации системы здравоохранения и её правового регулирования. Изменяющиеся экономические и общественные отношения создают условия для существования различных типов систем здравоохранения. Современная социальная медицина выделяет три типа систем здравоохранения: государственную, страховую и частную. В ряду критериев такого деления одним из важнейших является такой, как источник используемых здравоохранением финансовых ресурсов. По этому признаку выделяется ещё и смешанная система, использующая все возможные источники финансирования, предусмотренные существующей в обществе в каждый период законодательной базой.

Основным принципом построения любой системы здравоохранения является сохранение равновесия и правовая защита интересов трёх главных составляющих:

- населения, как потребителя медицинской помощи;
- медицинских учреждений, оказывающих соответствующие услуги;
- плательщиков за оказанную медицинскую помощь.

Любая система здравоохранения имеет цель, которую можно сформулировать как оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности.

Очевидно, нет идеальной системы здравоохранения вне конкретной политической и экономической ситуации. Развитие общества, науки, а также

практики здравоохранения заставляет проводить реформы в данной сфере, предпринимать попытки повышения эффективности системы здравоохранения страны, совершенствовать её структуру, конкретизировать функции элементов системы здравоохранения, оптимизировать их взаимодействие. Общество определяет особенности системы здравоохранения, её правовую основу, механизм и способы удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи, обеспечивает эти потребности необходимыми ресурсами. Здравоохранение является динамической системой, то есть эта сфера постоянно развивается, совершенствуется, реформируется.

Учитывая всё выше сказанное, можно перечислить задачи, которые, как правило, требуется решить в процессе реформирования здравоохранения:

- создание новой законодательной базы здравоохранения, отвечающей требованиям времени и существующей экономической ситуации;
- разработка механизмов адаптации системы здравоохранения к работе в новых условиях;
- приведение в соответствие с целями и задачами реформы методов взаимодействия здравоохранения с экономикой страны;
- разработка механизмов финансирования здравоохранения;
- разработка и внедрение организационных принципов функционирования учреждений здравоохранения в новых условиях.

В конце 60-х годов XX века в ряде стран началось реформирование здравоохранения, с тем или иным успехом завершившееся во многих из них к 90-м годам. Накоплен определённый опыт решения задач, стоявших перед отраслью, независимо от имеющей место системы здравоохранения, - как сделать медицинскую помощь населению более доступной и качественной при относительно небольших, но максимально эффективно используемых вложениях в здравоохранение.

Как было отмечено, в настоящее время с точки зрения организационно-финансовых особенностей можно выделить три основные системы

здравоохранения экономически развитых стран: государственную, страховую и частнопредпринимательскую.

Государственная система здравоохранения финансируется в основном (до 90%) из государственного бюджета. Действует в таких странах, как, например, Великобритания, Дания, Ирландия.

Финансирование страховой системы здравоохранения осуществляется за счет целевых взносов работодателей, трудящихся граждан и субсидий государства. Финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования широко применяется в Германии (78%), Италии (87%), Франции (71%), Швеции (91%), Японии (73%).

Частнопредпринимательская система действует в США, Израиле, Южной Корее, Нидерландах. Финансирование здравоохранения в этих странах осуществляется путём сбора взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализации платных медицинских услуг населению.

Ни одна из перечисленных систем организации здравоохранения не является идеальной, каждая имеет свои плюсы и минусы. Кроме того, ни одна система не существует в чистом виде. Как правило, системы здравоохранения в развитых странах носят смешанный характер, а их финансирование осуществляется из различных источников - государственного бюджета, средств работодателей и взносов частных лиц. Поэтому правильнее говорить о преимущественно государственной, преимущественно страховой и преимущественно частной системах здравоохранения.

Государственная система здравоохранения обеспечивает гражданам равные права на получение медицинской помощи. Основная часть медицинских учреждений при этой системе принадлежит государству, а управление здравоохранением осуществляют центральные и местные органы власти. Государство обеспечивает профессиональную подготовку медицинских работников, формирует сеть лечебно-профилактических учреждений в стране. Государство берёт на себя финансирование медицинских учреждений и медицинской науки, оплачивает проведение профилактических

мероприятий, обеспечивает бесплатную медицинскую помощь населению. Следует признать, что государственная система здравоохранения оказывается достаточно эффективной в том случае, если финансовое состояние государства позволяет выделять на обеспечение этой сферы весьма значительные средства. Проблемы этой системы проистекают из того, что, финансирование здравоохранения является одной из статей государственного бюджета, наряду с другими расходами государства. Правительство не всегда имеет возможность выделять достаточные средства для здравоохранения, а способы привлечения дополнительных средств весьма ограничены. То есть, несмотря на известные преимущества государственной системы здравоохранения, она имеет существенные недостатки, к которым можно отнести нехватку ресурсов, излишнюю централизацию, монополизацию управления.

Поэтому в мире всё большее распространение получает страховая система здравоохранения. Медицинское страхование базируется на специальном механизме финансирования здравоохранения, который основан на принципах открытости и множественности источников формирования страховых фондов.

Идея медицинского страхования возникла в Германии и была предложена канцлером О. Бисмарком в 80-х годах XIX века. Именно тогда была разработана всеобщая система страхования здоровья, получившая название системы Бисмарка. В этот же период идеи страховой медицины получили распространение в России и использовались до 1934 года. Принципы медицинского страхования нашли широкое распространение в Германии, Франции, Италии, Нидерландах. В таких странах Европы как Португалия, Испания, Бельгия медицинское страхование применяется наряду с другими системами организации оказания медицинской помощи.

Как уже было отмечено, финансирование системы здравоохранения за рубежом строится на сочетании различных элементов основных моделей организации здравоохранения с преобладанием той или иной из них. К

инструментам финансирования здравоохранения можно отнести цены, страховые премии по добровольному страхованию, взносы по обязательному медицинскому страхованию, бюджетные поступления. Чаще всего медицинские услуги финансируются через обязательные формы медицинского страхования, а также из государственного бюджета. Население оплачивает медицинские услуги либо непосредственно, либо через добровольное медицинское страхование.

Однако соотношение величины денежных потоков, проходящих по различным каналам финансирования, существенно различается по разным странам. В среднем в развитых странах расходы на медицинское обслуживание оставляют 9,5% от ВВП, достигая максимума в Швеции (11,5%) и Нидерландах (13,9%). В общих расходах на социальную защиту населения в странах Европейского Союза расходы на медицинское обслуживание составляют от 30 до 46%.

В настоящее время наиболее распространённой моделью организации и финансирования здравоохранения является система медицинского страхования. Можно выделить четыре наиболее распространённые системы медицинского страхования:

1. "Замещающая" система в Германии. Согласно этой системе граждане могут сами выбирать государственную или частную форму медицинского страхования.
2. "Дублирующая" система в Великобритании и Испании, предполагающая одновременное конкурентное развитие обязательного государственного и частного медицинского страхования. Граждане этих стран имеют право их параллельного использования.
3. "Дополнительная" система Франции применяется в связи с невозможностью полного охвата всех слоев населения государственной системой страхования. Также эта система применяется в случае неполного покрытия стоимости проводимого лечения со стороны государства.

4. США являются типичным представителем модели, в которой финансирование здравоохранения происходит преимущественно за счет частного сектора.

Каждая система страхования имеет определённые недостатки. "Замещающая" система страхования Германии дает гражданам возможность выбирать между государственной и частной формой страхования. В результате 10% богатых жителей Германии выбирают частное страхование и фактически не вносят никакого вклада в государственную систему здравоохранения. Таким образом, нарушается солидарный принцип страхования, когда богатые платят за бедных, а здоровые за больных.

Специфические черты американской системы здравоохранения будут рассмотрены во второй главе диссертации, однако, сразу можно отметить, что финансирование здравоохранения за счет частного страхования приводит к исключению из этой системы некоторой части населения (17% в США), относящейся к группам высокого риска, а также к бурному росту расходов, не поддающихся контролю со стороны частных страховых компаний. В результате люди, имеющие страховку либо собственные финансовые ресурсы, получают медицинское обслуживание очень высокого уровня, а наиболее нуждающиеся в нем слои населения (малообеспеченные семьи, хронические больные) не получают даже основного лечения.

Ещё раз стоит подчеркнуть важность правового регулирования системы здравоохранения, вне зависимости от того, на основе какой модели она построена. Поэтому многие развитые страны мира (США, Франция, ФРГ, Австрия, Италия, Испания и другие), помимо законов о здравоохранении, имеют также в своем национальном законодательстве медицинские или врачебные кодексы, регулирующие отношения между медиками, пациентами и их родственниками, профессиональные отношения медицинских работников между собой, с администрацией лечебных учреждений и государственными органами.

Итак, каждая страна имеет свою специфическую систему здравоохранения, обусловленную особенностями исторического и экономического развития страны, национальным менталитетом, конкретными условиями формирования правосознания общества.

ГЛАВА II. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ И ИХ ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ.

Представляется целесообразным начать изучение международной практики организации и правового регулирования сферы здравоохранения с рассмотрения систем здравоохранения развитых стран, накопивших достаточно обширный и весьма успешный опыт в этом направлении социальной деятельности.

2.1. Организация и правовое регулирование системы здравоохранения во Франции.

Весьма интересен опыт Франции в организации и правовом регулировании здравоохранения. Затраты на здравоохранение в этой страны составляют около 11% ВВП. Франция традиционно занимает место в первой пятёрке среди стран, входящих во Всемирную Организацию Здравоохранения, насчитывающую 194 члена.

Медицинские услуги во Франции предоставляются государственными учреждениями (больницами), частными учреждениями (клиниками), а также специалистами, ведущими частную практику. Спектр предоставляемых медицинских услуг достаточно широк по сравнению со многими другим европейскими странами, однако, их распределение в целом по стране не является равномерным. Увеличение количества специалистов в области медицинских профессий зависит от системы квот, которая определяет количество студентов, допущенных к изучению различных медицинских

дисциплин. На государственные больницы приходится примерно три четверти от общего количества коек в медицинских учреждениях.

Государственные больницы получают ежегодные дотации из бюджета, предоставляемые Региональными Агентствами по Госпитализации (ARN). Эти Агентства занимаются распределением пособий из региональных бюджетов между различными медицинскими учреждениями. Услуги частных клиник оплачиваются на основании системы компенсации «за оказание конкретной услуги». Ежегодно между Региональным Агентством по Госпитализации и каждой клиникой подписывается договор, устанавливающий тарифы на услуги. Агентства также следят за деятельностью медицинских учреждений своего региона. Контроль проводится в рамках разработки целей договора, подписываемого каждым медицинским учреждением. Кроме того, Агентства предоставляют разрешения на создание или расширение спектра услуг и на приобретение крупного медицинского оборудования.

Цены на медицинские препараты, которые компенсируются в рамках программ медицинского страхования, и на медицинское оборудование устанавливаются правительством на основании мнения экспертов и производителей. Цены на медицинские препараты, которые не компенсируются медицинской страховкой, устанавливаются фармацевтическими предприятиями.

Врачи и работники медицинского направления получают вознаграждение за конкретные услуги по факту. Размеры вознаграждения регулярно устанавливаются при подписании договора между профессиональными союзами и Национальной Кассой Медицинского Страхования (CNAM) и контролируются государством. На основании таких договоров устанавливается официальный список компенсаций, однако, некоторым врачам, имеющим очень высокую квалификацию, разрешено превышать установленные тарифы. Та часть суммы, которая превышает установленный соглашением уровень вознаграждения, не возмещается программой Базового

медицинского страхования, а покрывается за счёт различных дополнительных программ.

Начиная с середины 1970-х годов во Франции был проведён ряд реформ, направленных не только на улучшение медицинского обслуживания, но и на снижение роста расходов на здравоохранение в рамках программ по сокращению дефицита государственного бюджета. Однако первые попытки, направленные на стабилизацию расходов оказались безуспешными. Перед лицом серьёзного финансового кризиса системы социального обеспечения Франции в 1990-х годах правительство провело серию реформ, направленных на обеспечение платёжеспособности системы здравоохранения, с тем, чтобы дать ей возможность адаптироваться к изменяющейся экономической ситуации. В 1996 году французская Конституция была пересмотрена, вступили в силу несколько постановлений, позволяющих парламенту ежегодно принимать закон о финансировании программ социального обеспечения. Данным законом предусматривается объём затрат на здравоохранение на национальном уровне (ONDAM), подразделённых по различным направлениям (государственные больницы, частные клиники, предоставление пособий, амбулаторное лечение и т.д.). Такой подход основан на прогнозируемом бюджете и на приоритетных направлениях в области здравоохранения, определяемых Национальной Конференцией по Здравоохранению. Объём затрат на здравоохранение не может быть оспорен, выплаты производятся, даже если эта сумма несколько увеличена (что обычно и происходит). Но средства, выделяемые различным медицинским учреждениям, и соглашения, заключаемые со специалистами в области здравоохранения, должны соответствовать намеченной в законе цели.

Французская система социального обеспечения здравоохранения состоит из двух частей. Первая часть представляет собой базовое обеспечение через различные обязательные программы, покрывающие приблизительно 75% расходов семей на медицинские услуги. Вторая часть устанавливается

дополнительной факультативной программой, предоставляемой кооперативными страховыми обществами (обществами взаимопомощи) или частными страховыми обществами. В рамках медицинского страхования выделяются как денежные пособия, так и пособия в виде услуг, компенсирующие потерю доходов в некоторых типичных ситуациях (заболевание, инвалидность, беременность и рождение ребёнка, несчастный случай на работе и профессиональное заболевание).

С 1 января 2000 года во Франции был введён Закон о компенсации широко распространённых заболеваний, который даёт право каждому человеку, проживающему во Франции на постоянной основе и который не получает компенсаций по обязательной программе медицинского страхования, обратиться за помощью в органы социального обеспечения с тем, чтобы получить компенсацию на оплату расходов на поддержание своего здоровья – Базовую компенсацию по широко распространённым заболеваниям (CMU de base). Кроме того, люди с низким уровнем доходов имеют возможность пользоваться 100%-ной компенсацией на основании Дополнительной компенсации широко распространённых заболеваний.

В 2004 году был принят закон, реформирующий медицинское страхование – Закон № 2004-108. Реформа 2004 года привела к многочисленным изменениям в отношении пособий, выделяемых застрахованным лицам, т.е. людям, пользующимся социальным медицинским страхованием.

С 1 июля 2007 года каждый застраховавшийся является владельцем личного медицинского досье, которое включает данные о состоянии его здоровья, собранные при получении медицинских услуг. Это даёт возможность проследить все виды медицинского вмешательства и услуг, которыми он воспользовался. Доступ к досье, не связанный с контролем за медицинским обслуживанием, запрещён. Уровень оплаты расходов, которые обязуется выплатить лицо, застрахованное в системе социального медицинского страхования, зависит от разрешения, которое он даёт специалисту здравоохранения на доступ к своему досье. Это изменение процентного

содержания части расходов, которые застрахованный берёт на себя, определяется Национальным Союзом касс медицинского страхования в границах, фиксированных постановлением Государственного Совета.

Для того, чтобы воспользоваться полным или частичным освобождением от той части расходов на лечение, которая возлагается на застрахованное лицо при стойкой утрате трудоспособности, пациент должен (за исключением чрезвычайных случаев) представить врачу, к которому он обратился, протокол медицинских услуг для застрахованных по программе «Стойкая утрата трудоспособности» (ALD), составленный и подписанный лечащим врачом и врачом страховой кассы. Кроме того, в протоколе услуг должны быть определены обязательства, которые накладываются на лиц, пользующихся страхованием. При этом пациент должен:

- пройти лечение, назначенное по общему согласию лечащим врачом и врачом страховой кассы;
- согласиться на визиты медицинских работников и специальные проверки, организованные кассой;
- избегать любой не разрешённой врачом активности и выполнять рекомендации, предписанные врачом с целью его лечения и реабилитации.

В Законе № 2004-108 были уточнены условия, при которых медицинская страховка покрывает расходы на медицинские услуги или лечение, которые потенциально могут стать объектом так называемого использования не по назначению. Пациент обязан указать лечащему врачу при каждом назначении имя фармацевта, уполномоченного выдать лекарство. Врач должен указать это имя в рецепте, который должен быть исполнен данным фармацевтом для открытия права на покрытие расходов за счёт страховки.

Каждое застрахованное или управомоченное лицо старше 16 лет должно выбрать врача (терапевта или специалиста), чтобы получить право на возмещение части расходов на лечение, возлагаемой на застрахованное лицо и положенной по общему праву. Если застрахованный не сделал этот выбор или прямо обратился к врачам, относящимся к обозначенным в законе

специальностям, то часть расходов на лечение, возлагаемая на него, может быть повышена. Повышение не будет применяться тогда, когда будет применён протокол услуг при стойкой утрате трудоспособности (ALD) или в случае необходимости неотложной помощи. Помимо этого, врачам – специалистам, у которых непосредственно будет консультироваться такой пациент, «будет разрешено...превышать размер вознаграждения по тарифу услуг и консультаций».⁴ Превышение вознаграждения ложится на плечи лица – пользователя дополнительной программой компенсации по широко распространённым заболеваниям, который будет консультироваться непосредственно у врача – специалиста.

Законом № 2004-108 определено участие в программе медицинского страхования с освобождением от части расходов на лечение, возлагаемой на застрахованное лицо (франшиза публично-правового порядка). Для того чтобы дать возможность застрахованным осознать их ответственность, участие с заранее обусловленной стоимостью при каждом медицинском вмешательстве или в ходе каждой врачебной консультации, которые были взяты медицинской страховой компанией под свою ответственность или проведены врачом в кабинете, в медицинском учреждении или медицинском центре, ложится на застрахованных лиц. Франшиза взимается с застрахованного лица в случае болезни и при несчастных случаях на работе или в результате профессиональных заболеваний. При этом все застрахованные должны быть осведомлены о размере своего участия, определённого в соответствии с постановлением, на максимальном количестве случаев участия по франшизе. Пациенты, находящиеся на лечении в больнице от этого освобождаются, так же как и правопреемники младше 16 лет, получатели дополнительной компенсации по широко распространённым заболеваниям (CMU complémentaire) и женщины в рамках страхования по медицинским и фармацевтическим расходам, связанным с родами.

⁴ Экономика-Здоровье Франция 2007 (версия январь 2008). <http://www.irdes.fr/>

Размер участия фиксируется постановлением. С целью стимулирования учреждений дополнительного медицинского страхования не брать на себя выполнение этого обязательства, прибыль, полученная в результате освобождения от налогов и сборов на основании страховых договоров, сохраняется за теми договорами, которые соответствуют условиям договора, фиксирующего одновременно минимальный уровень покрытия и исключения оплаты расходов, связанных с франшизой. Это условие договора имеет силу для всех договоров, заключённых с 1 января 2006 года.

С 1 января 2005 года оказывается содействие в приобретении дополнительного медицинского страхования для лиц, которые по причине их низких доходов лишены этой возможности. Для этого открывается налоговый кредит для договоров дополнительного индивидуального медицинского страхования, подписанных при учреждениях дополнительного страхования лицами, чьи материальные возможности находятся между действующим высшим пределом, установленным дополнительным страхованием по распространённым заболеваниям (CMU complémentaire), и этим же пределом, повышенным на 15%. Размер налогового кредита варьируется в зависимости от количества и возраста членов семьи. Управление этим налоговым кредитом доверяется Фонду финансирования дополнительного страхования по широко распространённым заболеваниям. Расходы Фонда финансирования дополнительного страхования по широко распространённым заболеваниям выплачиваются из общей государственной дотации медицинского страхования.

Законом предусмотрено право медицинского учреждения попросить у застрахованного подтвердить свою личность путём предоставления медицинской карточки с наклеенной фотографией. В медицинскую карточку вносится информация о видах медицинского вмешательства, выданных лекарственных средствах, предоставленных медицинских услугах. С момента предъявления медицинской карточки вся эта информация становится доступной для врача.

Страховое возмещение, выплачиваемое в случае перерыва в работе, вызванного временной потерей трудоспособности вследствие заболевания находится в зависимости от количества дней и прерывается в том случае, если застрахованный отказывается подчиниться обязательному контролю со стороны службы медицинского контроля. В этом случае касса медицинского страхования проинформирует работодателя о необходимости приостановки выплаты страхового возмещения. В законе прописано, что в обязанности лица, пользующегося страховым возмещением, входит соблюдать предписания врача, подчиняться контролю, соблюдать правила внутреннего распорядка медицинских учреждений и воздерживаться от всякой не разрешённой врачами деятельности. Если эти обязанности не выполняются, ежедневные страховые отчисления могут быть задержаны полностью или частично. Также может быть осуществлён судебный контроль, подведомственный комиссии по рассмотрению споров в сфере социального обеспечения, на основании размера суммы объявленной санкции и её соответствия нарушению, совершённого застрахованным. Выплата страхового возмещения наличными средствами, совершенная ошибочно, будет возвращаться одним или несколькими перечислениями «в зависимости от социальной ситуации семьи».⁵ В то же время сохранение пособия по временной нетрудоспособности обуславливается продлением больничного листа тем же врачом, который выписал первоначальный больничный лист. Основная программа медицинского страхования во Франции охватывает более 85% населения, работающего в частном секторе, госслужащих, а также различные категории лиц, на которых до реформы 2004 года программы медицинского страхования не распространялись. Основная программа использовалась в течение многих лет как универсальная программа, позволяющая всему населению иметь доступ к программам медицинского страхования.

⁵ Экономика-Здоровье Франция 2007 (версия январь 2008). <http://www.irdes.fr/>

Существует также несколько специальных программ, направленных на защиту различных групп работников (например, моряков, работников железных дорог, парижского общественного транспорта). Денежные выплаты государственным служащим финансируются государством из государственного бюджета. Существует ещё две программы: одна, направленная на медицинское обеспечение сельскохозяйственных работников (MSA), другая – представителей свободных профессий и адвокатов (RSI). Работники сельскохозяйственного сектора и их правопреемники получают процентную компенсацию медицинских расходов в том же размере, что и работники, пользующиеся основной программой. Работники независимых профессий первоначально приняли решение оставаться вне основной программы и разработать свою собственную программу с менее высокими взносами и меньшим размером страховых выплат. Несмотря на то, что взносы до сих пор остаются несколько меньшими по объёму, денежные выплаты были постепенно выровнены и на сегодняшний день эквивалентны выплатам, которые предоставляются обычным наёмным работникам.

Пособие, предоставляемое по основной обязательной программе, варьируется в зависимости от характера и особенностей расходов. Расходы, связанные с госпитализацией, покрываются на 80%. Амбулаторное лечение и использование медицинских приборов компенсируются приблизительно на уровне 65% и 58% от их стоимости соответственно. В общем и целом, программы социального обеспечения здравоохранения компенсируют примерно 80% расходов населения на здравоохранение.

Амбулаторное лечение пациент оплачивает непосредственно поставщику этих услуг, а затем получает компенсацию. Как правило, выплата компенсаций по социальному обеспечению является частичной. Сам пациент несёт ответственность за свою часть оплаты (т.е. ту часть расходов на лечение, которая возлагается на застрахованное лицо), которая в некоторых случаях компенсируется дополнительным страхованием. Всё большее

распространение получает прямая оплата врачам учреждениями медицинского страхования. Договоры на местном уровне между кассами медицинского страхования и профсоюзами фармацевтов уже привели к тому, что выросло количество рецептов, которые оплачиваются напрямую из кассы медицинского страхования.

Выплаты денежных пособий представляют собой 93,7% расходов медицинского страхования. Для получения денежных пособий работники, а также все лица, имеющие право на получение таких пособий должны выполнять определённые условия, касающиеся заработной платы, для того, чтобы иметь право пользоваться системой медицинского страхования.

Денежные выплаты по потере трудоспособности составляют 7,3% от общей стоимости всех выплат по медицинскому социальному страхованию. Они компенсируют потерю заработной платы в некоторых чётко определённых случаях. Застрахованное лицо (в отличие от его правопреемников), вынужденное прекратить профессиональную деятельность, имеет право на получение такого пособия. Получатель пособия, оставшийся после смерти застрахованного лица, при соблюдении определённых условий имеет право на получение денежного пособия по случаю смерти кормильца.

Для получения пособия по беременности и родам беременная женщина должна соблюдать некоторые обязательства, предусмотренные законом (в частности, по оплате труда до отпуска по беременности). Продолжительность отпуска по беременности и родам зависит от количества ожидаемых детей, и от количества уже рождённых детей. В среднем отпуск составляет 16 недель – 6 недель до родов и 10 недель после родов. Размер денежных пособий по беременности и родам зависит от уровня заработной платы. Ежедневные начисления равняются ежедневной средней заработной плате, получаемой за последние 12 месяцев до начала отпуска по беременности и родам. Кроме того, существуют коллективные частные программы страхования, которые зачастую дополняют пособия, предоставляемые системой социального

обеспечения, и поддерживают на должном уровне доход матерей в течение отпуска по беременности и родам.

Право на получение пособия по временной нетрудоспособности возникает при условии, что работник проработал минимальный период (около 6 месяцев) на оплачиваемой должности. Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается, начиная с 4-го дня в случае госпитализации и с 8-го дня в случае болезни или несчастного случая. Размер выплат составляет 50% ежедневной средней заработной платы, получаемой за последние 3 месяца, предшествующие прекращению трудовой деятельности. Коллективные частные страховые компании могут взять на себя дополнительные выплаты.

Несчастные случаи на рабочем месте исторически были первым риском, который компенсировался в рамках коллективной системы медицинского страхования. Во Франции несчастные случаи на рабочем месте и профессиональные заболевания подпадают под свод определённых специальных правил внутри основной программы медицинского страхования. Финансирование основано исключительно на взносах, взимаемых с работодателей. Все трудящиеся, независимо от размеров и сроков получения заработной платы, имеют право на получение пособия по временной нетрудоспособности в связи с производственными травмами и в случае профессиональных заболеваний. Во французском законодательстве существует очень широкое определение понятия «несчастного случая на рабочем месте». Автомобильные аварии, если они связаны с трудовой деятельностью, также являются предметом данного вида страхования. Перечень профессиональных заболеваний определён ограничительным списком, уточняющим условия их признания. Могут быть выделены два типа пособий: пособие по временной нетрудоспособности и пенсия по инвалидности, выплачиваемая в случае постоянной нетрудоспособности, определяемой на основании состояния здоровья застрахованного лица. Ежедневные компенсационные выплаты начисляются со следующего дня,

после наступления несчастного случая на рабочем месте. Размер ежедневной выплаты составляет для первых 28 дней 60% ежедневной заработной платы, и начиная с 29-го дня – 80% ежедневной заработной платы. Размер ежедневной максимальной выплаты превышает размер выплаты по обычной временной нетрудоспособности по причине болезни. Страхование от несчастного случая на производстве и от профессиональных заболеваний является обязательным как для наёмных работников, так и для сельскохозяйственных производителей и их помощников из числа членов семьи, принимающих участие в сельскохозяйственной производственной деятельности. Оно гарантирует выплаты в виде медицинских услуг и в денежной форме. Программа страхования для работников сельскохозяйственного сектора (MSA) распространяется на пособия для наёмных работников; для других категорий возможен свободный выбор страхователя.

Пенсии по инвалидности зависят от среднего уровня заработной платы за последние 12 месяцев и представляют собой определённый процент от среднего уровня заработной платы и от установленной группы инвалидности. Лица, нуждающиеся в постоянной помощи третьих лиц, получают дополнительно 40%. Право на получение пенсии по инвалидности оговорено в законодательстве следующими условиями:

- застрахованное лицо должно потерять две трети своих способностей вести трудовую деятельность;
- быть моложе 60 лет;
- быть застрахованным в течение не менее 12-ти последних месяцев;
- доказать ведение оплачиваемой трудовой деятельности.

Застрахованное лицо, которое не может заниматься оплачиваемой трудовой деятельностью, получает 30% от средней годовой заработной платы. Застрахованные лица, признанные полностью нетрудоспособными, получают 50% от средней годовой заработной платы. Размер пенсии увеличивается, если застрахованный нуждается в постоянной помощи третьего лица.

Во Франции 91% населения, кроме основной, обладает еще и дополнительной медицинской страховкой. Для более половины из них дополнительная страховка входит в рамки группового договора предприятия, на котором они работают. Три типа страховых учреждений предлагают дополнительные виды страхования: кооперативные страховые общества, частные страховые общества и частные общества взаимопомощи. Дополнительные программы предлагают одновременно как компенсации в виде медицинских услуг, так и выплату денежных пособий.

Пособие по широко распространённым заболеваниям заменило собой медицинскую помощь, выплачивавшуюся департаментами, было учреждено в январе 2000 года. Оно выплачивается всем лицам, проживающим во Франции на законных основаниях и не имеющим иную возможность пользоваться пособием по болезни, а также лицам, у которых есть проблемы несоответствия административным требованиям в связи с их ненадёжным социальным положением. В декабре 2005 года 1,7 млн. человек были включены в систему медицинского страхования на основании критерия постоянного проживания в стране. Получатели пособия по широко распространённым болезням освобождены от оплаты части расходов на лечение, возлагаемых на застрахованное лицо, и от необходимости вносить аванс для оплаты расходов на лечение. Для дополнительного страхования они могут свободно выбирать лицо и учреждение, оказывающее медицинские услуги.

Организация предоставления медицинских услуг и медицинского страхования во Франции достаточно сложная. Существует государственная обязательная часть и, в большинстве случаев, дополнительные пособия. Сама система представляет собой смешанное участие государственного сектора (больницы, персонал которых имеет статус государственных служащих) и частного сектора (клиники, частные медицинские кабинеты). Французская система медицинских услуг предполагает предоставление услуг высокого качества. Она предлагает пациентам свободу выбора, как врачей общего

профиля, так и врачей – специалистов. Обычно пациент освобождается от необходимости ждать своей очереди для получения медицинской помощи, он получает её сразу. Медицинские работники обладают свободой в предписаниях и выборе лечения.

После реформы 2004 года были установлены новые правила для медицинских работников, которые теперь подвергаются более строгому контролю. Врачи обязаны подчиняться регулярному контролю их врачебной практики, который организуется Высшим органом надзора в области здравоохранения или в соответствии с порядком, принятым постановлением. В случае неподчинения к ним применяются санкции, предусмотренные Кодексом здравоохранения. Существует возможность заставить врача пройти предварительный контроль, организованный первичной кассой медицинского страхования, для того, чтобы выяснить целесообразность использования медицинского транспорта пациентом или выписки больничного листа для прекращения профессиональной деятельности продолжительностью 6 и более месяцев (кроме подтверждённых случаев острой необходимости).

Реформы, принятые с целью улучшения управления расходами, поставили акценты на необходимости распределения ответственности между двумя главными действующими в организации и регулировании здравоохранения субъектами – государством и системой медицинского страхования. Реформы, введённые во французскую Конституцию, наделили также парламент ролью в определении финансовых целей через принимаемый ежегодно Закон о финансировании социального обеспечения.

В 2000 году на основании Закона о финансировании программ социального обеспечения была предпринята попытка ввести более ясное и рациональное разделение ролей между государством, основной программой медицинского страхования (CNAMTS) и двумя другими базовыми программами (MSA и RSI). Государство является ответственным за государственный и частный больничный сектор, а также за сектор медикаментов. Система медицинского

страхования несёт ответственность за сектор предоставления амбулаторных услуг. Договоры, заключённые с врачами, предоставляющими медицинские услуги, определяют условия их деятельности и устанавливают параметры вознаграждений. Последние, в свою очередь, устанавливаются парламентом под контролем государства.

Таким образом, проведённые реформы подчёркивают центральную роль государства в области управления системой здравоохранения. Всё более важными функциями наделяются избранные представители, а ответственность органов медицинского страхования и государства стала более определённой. Социальные партнёры также участвуют в управлении, работая в административных советах по медицинскому страхованию. В соответствии с реформой 2004 года было создано четыре новых организации управления здравоохранением (рис. 2.1.1):

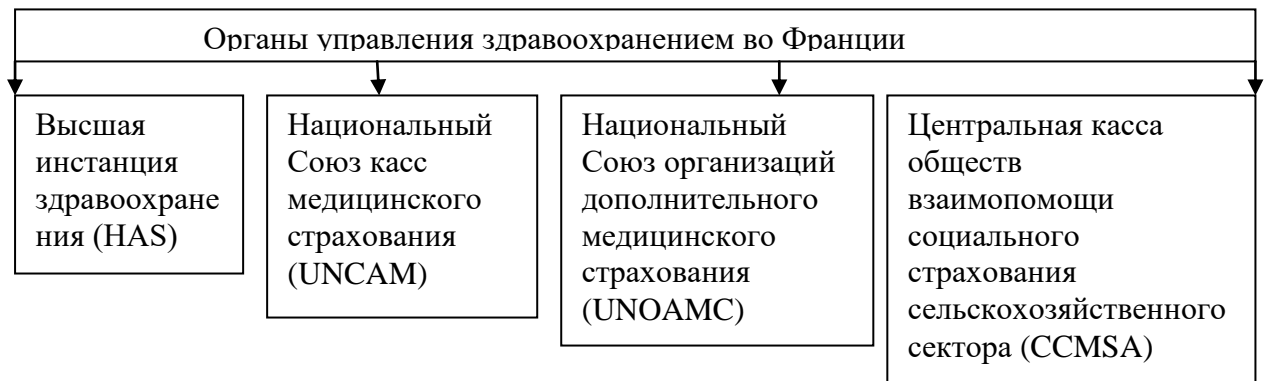


Рис. 2.1.1. Система управления здравоохранением во Франции.⁶

Национальный Союз касс медицинского страхования координирует деятельность Национальной кассы медицинского страхования, страхование работников независимых профессий по программе RSI и Центральной кассы обществ взаимопомощи социального страхования сельскохозяйственного сектора, определяет условия возмещения лечения и рецептов на медицинские препараты, а также устанавливает их тарифы. Роль Национального Союза

⁶ Экономика-Здоровье Франция 2007 (версия январь 2008). <http://www.irdes.fr/>

организаций дополнительного медицинского страхования заключается в консультировании касс медицинского страхования по вопросам компенсаций за медицинские услуги, и по фиксированию уровня участия застрахованных лиц. При этом всё большую роль играет партнёрство между системами обязательной программы и дополнительных программ, в первую очередь при обсуждении договоров с представителями медицинских профессий и медицинскими центрами, а также при определении общих действий в управлении рисками.

Высшая инстанция здравоохранения (HAS) с 1 января 2005 года взяла на себя миссию упразднённого Законом № 2004-108 Национального Агентства по аккредитации и оценке в сфере здравоохранения. Основная функция Высшей инстанции здравоохранения заключается в оценке «...товаров, действий и услуг в сфере здравоохранения».⁷

В ходе реформы были созданы также Совет по госпитализации, Институт данных в области здравоохранения и Комитет по чрезвычайным ситуациям, отслеживающий изменения расходов в медицинском страховании. Совет по госпитализации призван способствовать разработке политики финансирования и реализации целей при расходовании средств на медицинское страхование при госпитализации. Он имеет также рекомендательную функцию для принятия решения на уровне правительства по финансированию государственных медицинских учреждений. Институт данных в области здравоохранения должен следить за качеством систем информации, используемых для управления страховыми случаями в здравоохранении, и за доступностью данных при соблюдении условия анонимности. Комитет по чрезвычайным ситуациям был создан с целью информирования парламента, правительства и кассы медицинского страхования в случае изменения расходов на медицинское страхование, несовместимого с цифрами, за которые проголосовал парламента.

⁷ Экономика-Здоровье Франция 2007 (версия январь 2008). <http://www.irdes.fr/>

Таким образом, французская система здравоохранения является достаточно дорогостоящей, однако в целом, население страны относится к ней одобрительно, поэтому государство идёт на эти расходы.

2.2. Организация и правовое регулирование системы здравоохранения США.

В качестве ещё одного примера, позволяющего выявить ряд проблем в функционировании и регулировании современного медицинского обслуживания в развитых странах, можно рассмотреть систему здравоохранения США.

Основные проблемы американской системы здравоохранения связаны с особенностями её финансирования. Как было отмечено в первой главе, в США имеет место частнопредпринимательская система финансирования. Большая часть расходов на здравоохранение покрывается за счёт средств частных, а также государственных страховых компаний. Что касается основных направлений расходов, то они направляются в основном на финансирование больниц и оплату труда врачей.

В США существует несколько программ государственного страхования. Наиболее широко распространившейся является программа Medicare. Это федеральная программа, которая распространяется, в первую очередь, на инвалидов и лиц, получающих пособия социального страхования. По этой программе оплачиваются услуги врача, диагностические обследования, лабораторные анализы как для пациентов, получающих лечение в стационаре, так и для проходящих пациентов. Эта программа предусматривает покрытие всех необходимых расходов за шестьдесят дней медицинского обслуживания, а также часть расходов за определённое число дополнительных дней. Кроме того, из средств программы оплачиваются расходы на послебольничный уход, посещение пациентов врачами на дому, а также медицинские услуги, оказываемые в домах для престарелых. Программа финансируется за счёт страховых взносов добровольных

участников программы, однако эти взносы покрывают только 25% расходов, осуществляющихся в рамках программы Medicare. Остальные расходы покрываются за счёт субсидий правительства.

Ещё одна программа государственного страхования здравоохранения – это программа Medicaid. Она предназначена для оплаты медицинских услуг, предоставляемых определенным категориям лиц с низкими доходами. Финансирование расходов по программе Medicaid законодательно возложено на федеральное правительство страны и органы государственного управления штатов. Однако программа Medicaid оплачивает расходы на медицинское обслуживание менее чем половине граждан США, живущих за чертой бедности.

В целом распределение финансирования здравоохранения в США по различным источникам отражено на рис. 2.2.1:

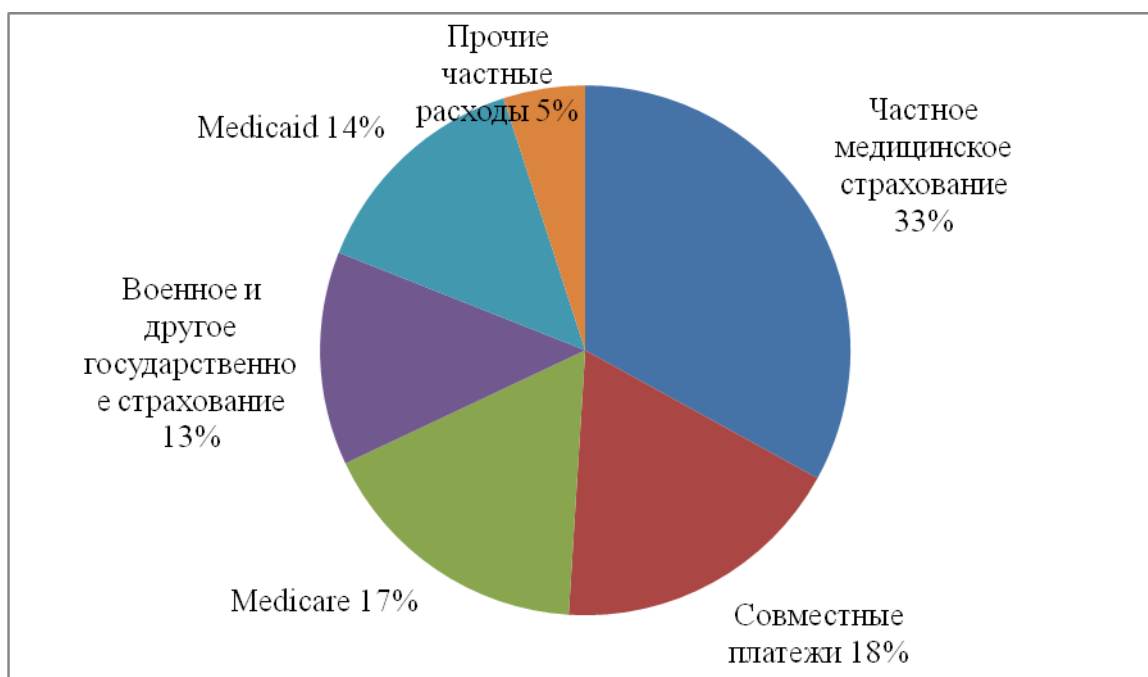


Рис. 2.2.1. Схема финансирования здравоохранения в США.⁸

⁸ "Закон о доступной медицине и защите пациентов". meddays.ru/articles/meditsina-v-ssha

Таким образом, в американском здравоохранении, его финансировании выявляются две проблемы. С одной стороны, расходы на здравоохранение в стране очень высоки и быстро растут. В течение последних 40-50 лет США занимают первое место по величине расходов на здравоохранение (и в абсолютном выражении, и как доля ВВП, и на душу населения) и темпу их роста. Это связано, в первую очередь, с тем, что больше половины всех медицинских исследований в мире проводится, а значит и финансируется, именно в этой стране. С другой стороны, хотя расходы США на здравоохранение самые высокие в мире, многие американцы имеют весьма ограниченный доступ к системе медицинского обслуживания. То есть, высокий уровень расходов на здравоохранение не приводит к соответствующему улучшению медицинского обслуживания и состояния здоровья населения страны. Это подтверждают данные статистики, которые говорят о том, что США по многим показателям, характеризующим уровень здоровья, занимают в мире не самое высокое место. Можно выделить следующие причины такого неудовлетворительного положения:

1. Поскольку расходы частных предпринимателей на здравоохранение растут, то все меньшее число работодателей предоставляют своим работникам программы медицинского страхования. В США весьма велико и продолжает расти число работников, не имеющих медицинской страховки.
2. Система страхования устроена таким образом, что смена места работы или переход на неполную ставку часто приводит к потере предоставляемых компанией льгот по страховке и вызывает необходимость покупать дорогой индивидуальный страховой полис, а то и рисковать, не имея страхования вообще.
3. В последние десятилетия наблюдается тенденция, при которой некоторые работодатели сокращают наём работников на полную ставку и расширяют привлечение работников, работающих временно или на неполной ставке и не имеющих права на медицинскую страховку.

В результате законодательных пробелов в системе страхования существуют довольно обширные группы населения, не имеющие медицинской страховки. Например, многие малообеспеченные люди, имеющие работу, получают низкую или минимальную оплату, но по критериям включения в программу Medicaid теряют возможность воспользоваться этой программой. При этом они получают недостаточно, чтобы позволить себе частное медицинское страхование. Обычно отсутствует медицинская страховка у безработных, у работников мелких фирм, не имеющих финансовых возможностей обеспечить своих работников медицинской страховкой, у работников получающих низкую заработную плату. Замечено отсутствие медицинской страховки у людей с очень хорошим и очень плохим здоровьем. Многие люди с хорошим здоровьем считают излишними для себя расходы на покупку медицинской страховки. Люди с плохим здоровьем, имеющие хронические болезни, считают, что приобретать страховку очень сложно и дорого, поскольку это требует значительных затрат на медицинское обслуживание. В результате они обращаются в больницу или скорую помощь, когда их болезнь достигнет критической стадии, а это снижает эффективность предоставляемого им лечения.

По сути дела подобная ситуация невыгодна и больницам, которые вынуждены оказывать неоплачиваемые услуги пациентам, находящимся в тяжёлом состоянии. Поэтому больницы пытаются переложить расходы на тех, кто имеет страховку или может платить за лечение самостоятельно. Это связано с тем, что потребители медицинских услуг обычно мало что понимают в сложных диагностических и лечебных процедурах, в то время как врачи обладают полной информацией. Поэтому врач может назначать пациенту не являющиеся жизненно необходимыми для пациента дорогостоящие медицинские услуги.

Ещё одной причиной не всегда оправданного удорожания медицинского обслуживания является увеличение расходов врачей на страхование их профессиональной ответственности. Более того, это приводит и к ухудшению

качества медицинского обслуживания, поскольку ради того, чтобы избежать возможности судебного расследования в случае неудачного исхода лечения, врачи стали избегать методов, связанных со значительным риском, даже в тех случаях, когда такой риск необходим. В то же время они назначают пациентам дорогостоящие диагностические обследования, процедуры и анализы, чтобы защитить себя от обвинений в недостаточной внимательности к пациенту. Подобная практика приводит к еще большему удорожанию медицинской помощи, вызывает излишние затраты на здравоохранение и не способствует повышению качества медицинского обслуживания.

К сожалению, одним из факторов, увеличивающих расходы на финансирование здравоохранения, может являться медицинская этика. Её правила подразумевают, что врачи обязаны использовать самые лучшие методы лечения пациентов. Это приводит к тому, что врачи интенсивно применяют дорогие медицинские процедуры, не всегда дающие соответствующий лечебный эффект. Своё влияние оказывает и общечеловеческая этика. В обществе широко распространено мнение, что человеческую жизнь следует поддерживать так долго, как только это возможно. Поэтому приходится выделять весьма крупные суммы для интенсивного лечения пациентов, находящихся в состоянии комы, и заведомо неизлечимых. Это также увеличивает расходы на медицинское обслуживание, причём расходы не всегда оптимальные.

Бесспорно, медицинское страхование играет положительную роль в развитии системы здравоохранения. Однако в этой связи возникает ещё одна проблема правового и морального характера. Проблема состоит в том, что страхование здоровья может изменять поведение людей и приводить к вероятности изменений условий соглашения одной из сторон страхового договора в ущерб другой стороне. Во-первых, застрахованные лица нередко становятся менее внимательными к своему здоровью, рассчитывая, что при наступлении болезни или несчастного случая, страховка позволит им воспользоваться

бесплатной медицинской помощью. Поэтому застрахованные люди не предпринимают необходимых мер для предотвращения страховых случаев. Во-вторых, застрахованные лица чаще ходят к врачам и требуют большего количества диагностических обследований и более сложного, а значит и дорогостоящего, лечения, чем незастрахованные. В-третьих, в условиях страховой медицины всегда существует моральный риск, связанный с тем, что застрахованное лицо при заключении страхового договора может утаить некоторые сведения о состоянии своего здоровья или образе жизни.

Конечно же, федеральное правительство и государственные органы штатов предпринимают ряд мер, направленных на устранение диспропорции между величиной расходов на здравоохранение и качеством медицинского обслуживания населения. В основе этих мер лежат не только соображения экономии и принципы социальной защиты, но и те выгоды, которые страна получает в результате наличия здоровой, высокопроизводительной рабочей силы. Важно сделать здравоохранение широкодоступным для работников и их семей.

Влияние федеральной налоговой политики на эту проблему заключается в предоставлении налоговых льгот работодателям, обеспечивающим своих работников медицинской страховкой. Государство исключает оплаченную работодателем частную медицинскую страховку из оплаты, как федеральных налогов, так и налога с заработной платы. Однако эффект от этих мер получается двоякий. С одной стороны, эти налоговые льготы делают частное медицинское страхование более доступным для большей части населения, но с другой, стимулируют рост потребления медицинских услуг, а значит и рост расходов на их финансирование.

Принципы социальной справедливости диктуют, что все граждане страны должны иметь доступ к основным медицинским услугам. Именно для этого в Соединённых Штатах действуют программы социального страхования Medicare и Medicaid. Однако при этом не следует забывать, что чем более развито страхование и чем большие налоговые льготы предоставляются

работодателям, предоставляющим работникам медицинские страховки, учреждениям, обеспечивающим медицинское обслуживание и широкий доступ всех слоёв населения к здравоохранению, тем больше выделяется избыточных ресурсов на здравоохранение.

Необходимо отметить, что таких избыточных ресурсов выделялось бы еще больше, если бы здравоохранение было целиком бесплатно и финансировалось полностью по программе общенационального медицинского страхования.

Одним из вопросов соответствия расходов на здравоохранение и качества медицинского обслуживания является вопрос обеспеченности медицинскими работниками. В США долгое время была распространена точка зрения, что Американская медицинская ассоциация, сознательно сохраняла предложение врачей на искусственно низком уровне, контролируя допуск студентов в медицинские учебные заведения. В результате такого подхода пациенты вынуждены были оплачивать лечение по завышенным расценкам, а врачи получали завышенные доходы. Однако за последние десятилетия число врачей в расчёте на 100 тыс. населения существенно возросло, поэтому сейчас эта точка зрения утратила свою актуальность. К тому же высокие доходы врачей не всегда вызываются искусственным ограничением предложения, они могут быть связаны с количеством и качеством предоставляемых медицинских услуг.

Необходимо отметить, что наличие страховой медицины влияет и на развитие технического прогресса в области здравоохранения. Существование частного и государственного медицинского страхования создало финансовые стимулы для разработки и использования новых технологий в области медицины. Страховые компании позволяли научно-исследовательскому сектору здравоохранения заниматься разработкой и внедрением новых медицинских технологий и оборудования, невзирая на расходы. Замечено, что существует определённая взаимосвязь между стимулированием разработок новых медицинских технологий и характером системы

медицинского страхования. Новые технологии, как правило, оказываются более дорогостоящими и поднимают расходы на медицинское обслуживание. При этом растёт и спрос на страхование, расширяется набор медицинских услуг, для которых потребителям требуется страховка. Так например, после того как в 1985 г. руководители программы Medicare согласились платить за сканирование с применением магнитного резонанса, продажи такого оборудования резко возросли.

Из всего вышесказанного следует, что назрела необходимость реформирования американской системы здравоохранения с тем, чтобы одновременно увеличить доступность системы здравоохранения всем слоям населения и, в то же время, удержать расходы на эту сферу от чрезмерного роста. Проведение такой реформы, безусловно, связано с большими сложностями, так как непосредственно затрагивает интересы различных социальных и профессиональных групп. Больницы, страховые и фармацевтические компании, сообщество медицинских работников сопротивляются введению ценового контроля со стороны государства за своими продуктами и услугами. Страховые компании опасаются, что их бизнес может сократиться в результате реформ. Профсоюзы стремятся сохранить широкий набор медицинских пособий, при этом возражая против налогообложения финансируемого работодателями медицинского страхования. Юристы не заинтересованы в изменении существующих законов, даже при имеющихся в них недостатках. Мелкие фирмы возражают против предложения, чтобы все компании обеспечивали своим работникам медицинскую страховку, поскольку это приведёт к значительному увеличению их издержек, а значит к сокращению прибылей. Основным направлением реформирования должно быть более доступное и широкоохватное медицинское страхование, при условии недопущения чрезмерного роста расходов на эту сферу. Существуют различные идеи, касающиеся путей и способов проведения таких реформ.

Один из подходов предполагает, что все работодатели будут оплачивать базовое страхование своих работников и членов их семей или же платить специальный налог, позволяющий финансировать страхование всех работников. Людям, не имеющим работы, а значит и страховки, медицинские услуги предполагается оплачивать за счет государства. Однако такого рода практика может привести к снижению реальной заработной платы, а также к увеличению мобильности рабочей силы, поскольку рабочие не будут терять страховых пособий при смене работы. Это может привести, кроме того, к сокращению числа работающих в фирмах, выплачивающих заработную плату на уровне минимальной.

Другой подход предполагает использование налоговых кредитов и ваучеров, обеспечивающих медицинское страхование для бедных. Налоговый кредит будет предоставляться частным лицам и семьям с низкими доходами в виде ваучера для приобретения медицинской страховки. По мере того, как доход получателей этого кредита будет расти, величина налогового кредита будет сокращаться. Этот подход должен сделать медицинское страхование более доступным для людей с низкими доходами.

Пожалуй, наиболее кардинальное и широко обсуждаемое предложение по реформированию системы медицинского страхования – создание Системы национального медицинского страхования (НМИ), подобной системе, действующей в Канаде. В рамках этой системы федеральное правительство должно предоставлять базовый набор медицинских услуг каждому гражданину бесплатно или за небольшую плату. Финансируется такая система не за счёт страховых взносов, а за счёт поступлений от налогов. Переход к такой системе вовсе не означает введение государственной медицины. Государство просто является основным источником финансирования программы НМИ и гарантирует базовое медицинское обслуживание для всех граждан. Роль частных страховых компаний в этом случае сводится к предоставлению медицинской страховки для любых медицинских процедур, не включенных в базовый набор НМИ.

Система национального медицинского страхования имеет ряд преимуществ:

- это наиболее простой способ обеспечения доступа к медицинскому обслуживанию для всех граждан;
- система НHI предоставляет пациентам возможность выбирать врачей;
- система НHI должна привести к сокращению административных издержек;
- по этой системе доступность медицинской помощи не зависит от занятости, поэтому можно надеяться, что она не будет снижать мобильность рабочей силы и уменьшит случаи найма временных работников и работников на неполную ставку;
- система НHI должна позволить правительству сдерживать рост расходов на здравоохранение, поскольку оно могло бы контролировать расходы врачей и больниц, используя свою власть для установления размера оплаты различных медицинских процедур. То есть, больницы должны были бы работать на основе согласованного с правительством бюджета.

В то же время, существуют и аргументы против этой системы:

- потолок цен, устанавливаемый правительством, может и не привести к снижению расходов, поскольку врачи будут стараться увеличить свои доходы, расширяя количество услуг, которые они предоставляют пациенту;
- эта система может привести к такой ситуации, когда пациентам придётся довольно долго дожидаться некоторых диагностических процедур и хирургических операций.

Следует отметить, что чрезмерный рост расходов на здравоохранение беспокоит не только правительственные органы, но страховые компании. Они стали применять систему вычетов из оплачиваемых страховкой сумм, согласно которой определённая часть дополнительных медицинских услуг оплачивается самим застрахованным лицом. Это позволяет страховым компаниям сокращать административные расходы на обработку мелких страховых требований.

В 2000-х годах в США получили распространение управляемые организации здравоохранения, позволяющие в определённой степени сократить

медицинские расходы, поскольку предоставление медицинских услуг в этих организациях находится под контролем или управлением страховых компаний или специальных учреждений здравоохранения. Существуют два основных типа подобных организаций:

1. Организации приоритетного провайдера (PPO). Эти организации составляют списки больниц и врачей, чьи услуги оплачиваются страховыми компаниями. Застрахованные лица имеют право на возмещение своих расходов на лечение в 80-100% объёме, если получают медицинские услуги в больницах и у врачей, включённых в такой список. Если же пациент выбирает другую больницу или другого врача, то страховые компании возмещают его расходы лишь частично (60-70%).

2. Организации по поддержанию здоровья (HMO). Члены этих организаций оплачивают фиксированный ежегодный взнос, взамен получая медицинские услуги. Для оказания этих услуг организации нанимают собственных врачей, а также заключают контракты на специализированное обслуживание с другими врачами и медицинскими учреждениями. Работодатели и государственные органы заключают контракты с организациями по поддержанию здоровья, становясь, таким образом, коллективными членами HMO. HMO не заинтересованы в предоставлении избыточной медицинской помощи, так как они используют предварительно фиксированную годовую оплату медицинских услуг, поэтому они стараются сократить свои затраты. Несомненным плюсом организаций по поддержанию здоровья является наличие у них стимула к проведению профилактических мер по сохранению здоровья своих членов, так как они стремятся избежать значительно больших расходов на лечение.

Общим и для организаций приоритетного провайдера, и для организаций по поддержанию здоровья является то, что в них происходит управление расходами, устанавливается контроль, препятствующий назначению врачами лишних обследований, процедур и лекарств. В результате пациенты получают медицинские услуги по более низким ценам, чем клиенты обычных

частных страховых компаний, к тому же такой подход ведёт к сокращению расходов на здравоохранение. Впрочем, у этого подхода есть и свои недостатки. К ним можно отнести ограниченность выбора потребителей медицинских услуг только теми врачами и больницами, которые работают в рамках систем PPO или HMO. Кроме того, существует вероятность, что из-за стремления к сокращению затрат пациенту не будет предоставлено дорогостоящее лечение, которое могло оказаться наиболее эффективным.

В последние десятилетия в сфере здравоохранения США произошли значительные изменения.

Так, например, до 2003 года по программе Medicare оплачивалось посещение врачей, госпитализация и услуги медицинских сестёр в течение определённого времени. В 2003 году был принят Закон об улучшении и расширении программы Medicare, дополнивший эту программу частью D. Это дополнение, вступившее в действие в 2006 году, предусматривает компенсацию затрат пациентов на лекарства. Лица, включённые в программу Medicare, имеют право покупать в частных компаниях, занимающихся медицинским страхованием, страховки, предоставляющие большие субсидии на лекарства. Закон запрещает федеральному правительству устанавливать список лекарств, покупка которых компенсируется страховыми полисами, такое право дано только частным страхователям. Кроме того, Закон запрещает федеральному правительству диктовать цены крупным покупателям при обсуждении цен с представителями фармацевтической промышленности. Согласно этому Закону работодателям, включающим компенсации лекарств в планы страхования здоровья людей, выходящих на пенсию, предоставляются субсидии. Однако необходимо отметить, что большие дополнительные расходы на программу Medicare D усложняют проблему финансирования данной программы в целом.

Законом об улучшении и расширении программы Medicare от 2003 года предусматривается также создание сберегательных счетов на услуги здравоохранения (HSA). Эти счета предоставляются всем работникам,

которые участвуют в планах страхования здоровья и не имеют других страховых полисов. Люди имеют право вносить на свои счета HSA деньги, которые вычитаются из их налогооблагаемой базы. Кроме того, суммы, которые работодатели также могут при желании вносить на счета работников, также не подлежат налогообложению. Средства, внесённые на счета HSA, приносят доходы, которые тоже не подлежат налогообложению, и владельцы этих счетов могут использовать накопления для оплаты своих медицинских расходов. Средства на счетах HSA, не использованные на оплату медицинских услуг в данном году, остаются доступными для последующих медицинских расходов, оплачиваемых наличными. Кроме того, владельцы счетов могут по желанию добавлять на них деньги в течение всего срока их участия в программе Medicare.⁹

Таким образом, счета HSA позволяют активизировать личные накопления работников, за счёт которых они оплачивают текущие расходы на медицинские услуги в течение периода, когда они работают, а после выхода на пенсию, они могут использовать накопления на счетах HSA для участия в оплате своих медицинских расходов. Счета HSA также обеспечивают конкуренцию в системе предоставления услуг здравоохранения, что способствует снижению возрастающих медицинских расходов. Поскольку Люди более расчетливо выбирают, какого вида медицинские услуги и в каком количестве им следует получить, поскольку используют часть собственных денег через счета HSA. То есть, у них появляется стимул узнавать и сравнивать цены, устанавливаемые разными провайдерами медицинских услуг.

Серьёзной проблемой в американском законодательстве, связанном с регулированием сферы здравоохранения, являются размеры компенсаций за врачебные ошибки. В 2006 году Конгресс США предпринял попытку ограничить величину компенсаций, указываемых в исках против врачей на

⁹ Зевелева Г.Н. Государственная политика в области здравоохранения в США в 1992–2012 гг.: борьба за реформы. М. ИМЭМО РАН. 2012. с. 20-22.

основании совершения медицинской ошибки. Это предложение мотивировалось тем, что иногда пациенты, предъявляют неоправданные иски по поводу врачебных ошибок, стремясь разбогатеть на этом. Кроме того, предполагалось, что введение подобного ограничения будет способствовать снижению общих затрат на здравоохранение. Конгресс отклонил введение этого ограничения, мотивируя своё решение тем, что компенсации за врачебные ошибки позволяют повысить качество медицинских услуг. Однако стоит отметить, что такое ограничение уже установлено соответствующими законодательствами некоторых штатов.

Касаясь опыта правового регулирования сферы здравоохранения в США, стоит упомянуть принятый в 2006 году в штате Массачусетс закон, который требует от каждого гражданина этого штата наличия медицинской страховки. Данный Закон вступил в силу с 1 июля 2007 года. Целью этого закона является создание универсальной системы финансирования медицинских услуг для всех жителей штата и свести к минимуму количество людей, не имеющих медицинской страховки, но пользующихся медицинскими услугами. Дело в том, что подобное поведение отдельных лиц фактически перекладывает затраты на медицинские услуги здравоохранения на лиц, имеющих страховку. В результате приходится устанавливать более крупные страховые платежи для застрахованных граждан, или же повышать налоги штата для покрытия этих затрат. Таким образом, этот закон должен снизить затраты на страхование для тех, кто уже застрахован, и привлечь к системе медицинского страхования незастрахованных пациентов.

Закон также стимулирует страхование здоровья работников работодателями. По Закону групповые виды страхования здоровья, оплачиваемые работодателями, являются одним из элементов общего вознаграждения работников за труд. Кроме того, для работодателей, не осуществляющих страхование здоровья работников, Закон устанавливает обязательные ежегодные платежи на каждого работника. Эта мера призвана помочь субсидировать медицинское обслуживание тех работников, кто не получает

страховку от работодателя. Такая модель медицинского страхования объединяет два основных подхода: во-первых, личную ответственность каждого человека за своё здоровье, во-вторых, помощь гражданам, оказавшимся в сложном положении. При этом она никоим образом не нарушает существующую систему частного медицинского страхования, практику личных врачей и работу действующих медицинских учреждений. Однако у этой модели существуют и критики, которые, в частности, указывают, что проблема здравоохранения заключается не только в доступе к нему, но и в высоких и непрерывно растущих затратах. Они считают, что элементы модели, предназначенные для сдерживания роста затрат, малоэффективны и недостаточны. Также они указывают, что жители штата Массачусетс, имеющие низкие доходы, могут переселиться в соседние штаты, чтобы избежать расходов на обязательное медицинское страхование. Впрочем, эта проблема исчезнет сама собой, если подобная модель будет применяться в общегосударственном масштабе. Однако пока сложно сказать, станет ли массачусетская модель медицинского страхования общенациональной, хотя в рамках планируемой реформы здравоохранения такой вариант рассматривается.

Ещё одним шагом в развитии американского здравоохранения стал принятый в 2010 году «Закон о доступной медицине и защите пациентов».¹⁰ В этом Законе предусмотрено субсидирование со стороны государства медицинских страховок для малоимущих слоев населения, а цены на медицинские услуги для остальных групп предлагается снизить за счет усиления конкуренции между страховыми компаниями. Кроме того, по этому Закону все граждане, не имеющие медицинской страховки и не входящие в системы Medicaid или Medicare, будут облагаться штрафами. Таким образом, ранее избегавшие страхования молодые и здоровые люди, покупкой полиса будут

¹⁰ "Закон о доступной медицине и защите пациентов". meddays.ru/articles/meditsina-v-ssha

способствовать финансированию лечения стариков и малоимущих. Основные положения закона состоят в следующем:

- распространить медицинское страхование на всех американцев, до сих пор его не имеющих;
- ликвидировать разрыв в обеспечении различных групп населения (в первую очередь, пенсионеров) лекарствами по рецепту;
- включить в программу Medicaid людей, не достигших пенсионного возраста, семейный доход которых не превышает 133% от федерального уровня бедности, а также бездетных взрослых;
- запретить страховщикам отказывать в своих услугах людям с историей болезни;
- создать для незастрахованных и граждан, работающих в индивидуальном порядке, возможность покупать страховку через учреждаемые государством биржи;
- обеспечить предоставление субсидий малообеспеченным гражданам, желающим купить частную медицинскую страховку;
- обеспечить под угрозой штрафа покрытие страховкой всех тех, кто не входит в системы Medicaid или Medicare;
- предоставить налоговые льготы тем работодателям, которые предлагают более дорогостоящую страховку своим сотрудникам.

2.3. Организация и правовое регулирование системы здравоохранения Дании.

Особенности преимущественно государственной системы здравоохранения можно рассмотреть на примере системы здравоохранения Дании. С 1 января 2012 года вступил в силу Закон о здравоохранении «Danish Health Act», принятый парламентом Дании 21 декабря 2011 года.

Дания отличается высоким уровнем расходов на здравоохранение в государственном бюджете (9,7%). Практически всё население страны охвачено бесплатным медицинским обслуживанием. Бесплатно предоставляется медицинская помощь, оказываемая врачами общей практики, офтальмологами, отоларингологами и персоналом отделений неотложной помощи. Также бесплатно оказывается консультативная и лечебная помощь у врачей – специалистов, осуществляемая по направлению врача общей практики. Бесплатно предоставляется лечение в стационаре, а также перевозка санитарным транспортом к месту оказания медицинской помощи. Платными являются отдельные виды медицинской помощи, причём платежи устанавливаются в пределах реальных доходов граждан.

В соответствии с Законом о здравоохранении объём необходимой медицинской помощи определяется исключительно на основании данных врачебного обследования и медицинского заключения, и оказывается без условий или ограничений. В гарантируемый государством объём помощи включается всё, что признано необходимым, чтобы сохранить жизнь и здоровье человека.

В 2003 году Правительство Дании опубликовало официальный доклад, в котором обозначены стратегические задачи, поставленные перед национальным здравоохранением (рис. 2.3.1):

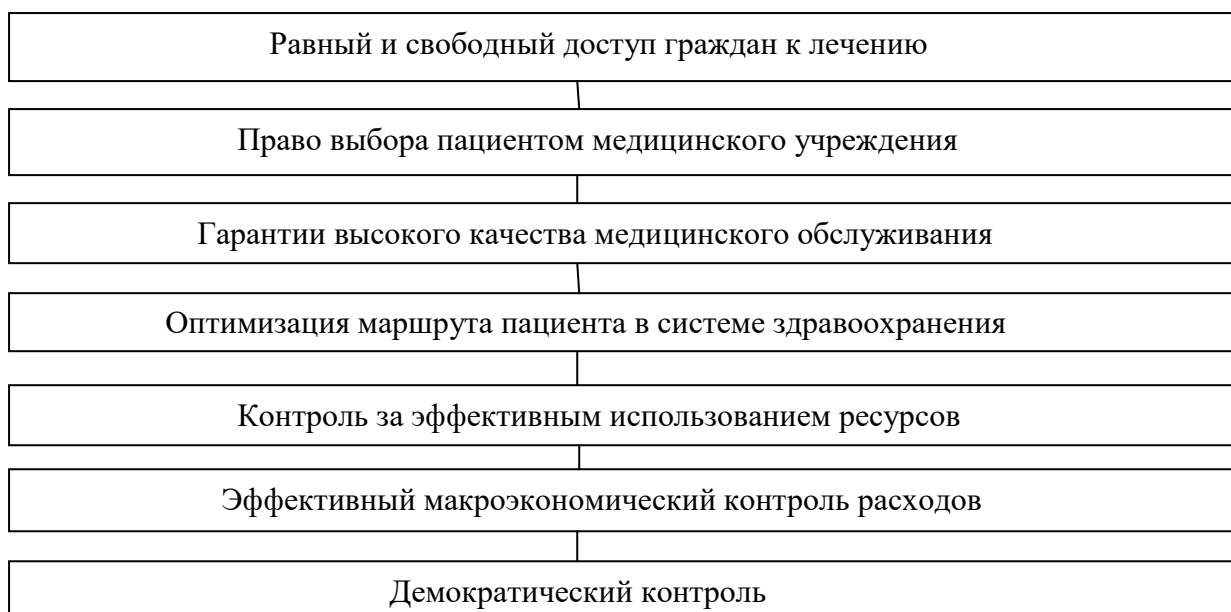


Рис. 2.3.1. Система задач совершенствования здравоохранения в Дании.¹¹

Постоянно проводимые в стране опросы общественного мнения показывают, что население Дании вполне удовлетворено действующей в стране системой медицинского обслуживания. Организация медицинской помощи направлена в основном на амбулаторное обслуживание и систему больничного обслуживания. Оплатой предоставленной помощи осуществляется государством по результатам оказания медицинской помощи. Учреждения здравоохранения финансируются на основе национальных стандартов, разработанных с учётом средней стоимости медицинских услуг по стране. В соответствии с этими стандартами устанавливаются тарифы оплаты медицинской помощи по результатам лечебной деятельности.

В Дании применяется трёхуровневая модель государственно-административного управления системой здравоохранения. На общенациональном уровне (парламент, правительство, ведомства) осуществляется выработка общей нормативно-правовой базы здравоохранения, контроль и координация медицинского обслуживания в масштабах всей страны. В сферу компетенции областного (регионального) и муниципального уровней входит организация и контроль первичной и специализированной медицинской помощи.

В стране применяется смешанная система оплаты труда медицинских работников, в которую входят как подушевая оплата, так и оплата за конкретные оказанные услуги. Размеры заработной платы врачей регулируются шкалой, установленной Ассоциацией врачей общей практики и согласованной с государственной Ассоциацией «Регионы Дании».

Заработная плата врачей общей практики складывается из оплаты за количество обслуживаемых пациентов и оплаты за проведённые осмотры, консультации, процедуры и т.п. Консультации, проводимые в нерабочее

¹¹ Закон о здравоохранении «Danish Health Act». <https://laegemiddelstyrelsen.dk/en/>

время, в том числе, на дому, оплачиваются по специальным более высоким тарифам.

Такая двойственная система оплаты труда медицинских работников оказывается весьма эффективной. С одной стороны, специально устанавливаемая оплата за оказанные услуги стимулирует врачей к развитию их профессиональной квалификации и практических навыков, позволяет совершенствовать разнообразную помощь в амбулаторных условиях и реже прибегать к услугам больниц. С другой стороны, подушевая оплата делает бессмысленным назначение ненужного лечения.

В Дании установлена весьма высокая норма оплаты врачей общей практики за консультации профилактического характера, направленные на повышение качества санитарного просвещения и пропаганду здорового образа жизни.

Кроме общегосударственного финансирования врачи-специалисты получают заработную плату из областного бюджета, но только за предоставленные услуги. Пациент может обратиться к врачу-специалисту за бесплатной консультацией исключительно по назначению врача общей практики. Если пациент захочет получить медицинскую консультацию по собственному желанию, он должен будет полностью оплатить ее из собственных средств.

В Дании в небольшом количестве существуют частные коммерческие лечебные учреждения, в которых работает около 3% врачей. Однако существование таких лечебных учреждений, оказывающих платные услуги, не создаёт сколь либо значительной конкуренции государственной системе здравоохранения. Эти учреждения не отвлекают большое число квалифицированных медицинских кадров из государственной сети больниц и не наносят ущерба эффективности и качеству государственной медицинской службы.

Контроль качества медицинской помощи в Дании осуществляется двумя способами: во-первых, на основе данных об удовлетворённости населения медицинским обслуживанием, во-вторых, путём разработки стандартов, клинических протоколов, клинических баз данных и т.п.

С 2007 года все больницы, включенные в национальную систему медицинской помощи, в установленные сроки проходят аккредитацию, призванную повысить качество оказываемых населению медицинских услуг. Кроме того, регулярно осуществляется оценка медицинских технологий на национальном, региональном и муниципальном уровне. Оценка проводится национальным институтом здравоохранения, а также целым рядом специализированных медицинских центров. В целях усиления контроля за качеством медицинского обслуживания, Законом о здравоохранении в Дании введены санкции за некачественное выполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей и злоупотребления в этой сфере.

Таким образом, здравоохранение Дании развивается преимущественно на основе государственного сектора, финансируемого за счет налогов, поступающих в государственный и местные бюджеты. Право на бесплатное медицинское обслуживание имеет каждый гражданин Дании, своевременно выплачивающий налоги. Такое же право получают и все не достигшие совершеннолетия члены его семьи.

Первичная медико-санитарная помощь, оказываемая врачами общей практики, а также медицинское обслуживание соматического и психиатрического профиля, осуществляемое в государственных больницах, находится в ведении регионов и финансируется за счёт государства и частично муниципалитетов. Большинство больниц находятся во владении и подчинении регионов. Медицинские работники получают денежное вознаграждение из средств региональных бюджетов, главным образом, посредством оплаты за предоставленные услуги.

К сфере ответственности муниципалитетов относятся различные виды медицинского обслуживания, не имеющие непосредственного отношения к стационарному лечению, такие как уход за пожилыми людьми, социальная психиатрия, профилактика заболеваний и укрепление здоровья, реабилитационное лечение и другие.

В системе здравоохранения Дании создана возможность для медицинских работников периферийных населенных пунктов получать профессиональные рекомендации специалистов из крупнейших медицинских центров или привлекать их к непосредственному участию в лечении пациентов со сложными заболеваниями.

Медицинское обслуживание тех, кто не является гражданами Дании, осуществляется на платной основе. Однако качество и объём предоставляемой медицинской помощи никак не зависит от наличия или отсутствия датского гражданства. К тому же стоимость медицинского обслуживания в стране относительно невысока по сравнению с международными стандартами.

Кроме того, иностранец может рассчитывать на высококвалифицированную бесплатную медицинскую помощь в экстренных ситуациях, при обострении хронических заболеваний и других непредвиденных случаях. Бесплатная медицинская помощь иностранцам предоставляется также в том случае, если временно проживающий в Дании гражданин другой страны не имеет возможности быстро вернуться на родину для лечения, или если он не прибыл в Данию с конкретной целью получить здесь медицинскую помощь.

Стоит отметить, что иностранцы едут в Данию в основном за высококачественными медицинскими услугами в области стоматологии, диагностики, ортопедии, костной хирургии. В этих сферах медицины Дания удерживает лидерство в Западной Европе.

В Дании существует Министерство здравоохранения, которому отведена политическая, законодательная, координирующая, информационная роль. В функции Министерства входит также повышение качества медицинского обслуживания, рассмотрение жалоб пациентов.

Цены на лекарства в Дании фиксированные и подлежат ежеквартальному пересмотру. В целом цены довольно высоки, однако, стоимость препаратов, назначенных врачом или выданных больницей, подлежит полному или частичному возмещению в соответствии с уровнем доходов гражданина и с

учётом его суммарных годовых затрат на лекарства. Расходы пациента на медицинские препараты полностью возмещаются государством, если они превышают предельную сумму (3700 крон в год).

Все граждане Дании старше 16 лет имеют право выбирать себе врача общей практики. Им также предоставляется свободный выбор больницы в зависимости от удобства ее расположения, наличия очереди на госпитализацию и других обстоятельств. Датчане имеют право обращаться к любому специалисту без направления, при условии оплаты части стоимости его услуг. Однако этой возможностью пользуются лишь 2% граждан страны.

В заключении стоит отметить ряд фактов из опыта организации системы здравоохранения Дании, безусловно заслуживающих внимания, и сделать определённые выводы. Этот опыт интересен уже потому, что в условиях рыночной экономики в Дании государство сохранило полный контроль над системой здравоохранения, причём это позволяет поддерживать доступность и высокий уровень качества медицинских услуг для всего населения.

В Дании удаётся вполне успешно сочетать доступность медицинского обслуживания и его эффективность. В стране длительное время сохраняется равновесие между сдерживанием затрат на медицинское обслуживание, с одной стороны, и должным уровнем предоставляемых медицинских услуг, с другой стороны.

Вместе с тем, в стране проявляются те же тенденции, которые в последние десятилетия нарастают во всех развитых странах. Среди них наиболее важными являются:

- непрерывно растущий спрос населения на высококачественную и высокотехнологичную медицинскую помощь;
- рост доли пожилого населения, а значит и увеличение потребности в средствах, выделяемых государством на медицинскую помощь;
- быстрое развитие медицинских технологий.

Прогрессирующее развитие этих тенденций требует достаточно заметных дополнительных вложений в здравоохранение, а также новых

организационных и управленческих методов и моделей, направленных на совершенствование системы здравоохранения. В Дании главным принципом национального здравоохранения провозглашено равенство, однако, в последнее время возникают обстоятельства, подрывающие этот принцип. Так, например, получает распространение дополнительное медицинское страхование, которое, с одной стороны, способно облегчить некоторым слоям населения доступ к частной медицине, а с другой ведёт к определённому неравенству в этом отношении.¹²

¹² М. Тэннер. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. InLiberty.ru. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World. Policy Analysis. № 613 (March 18, 2008)

ГЛАВА III. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.

3.1. Опыт правового регулирования реформ здравоохранения в странах СНГ.

Наиболее интересным с практической точки зрения представляется опыт постсоветских республик, так же, как и Азербайджан, переживших переход к новой экономической системе, а с ним изменение определённых политических и социальных установок.

Государственная система здравоохранения СССР с жёстким административно-экономическим управлением, бюджетным финансированием, внутриведомственным контролем объёма и качества медицинской помощи, патерналистской моделью взаимоотношений работников здравоохранения и пациентов относительно стабильно работала до начала 80-х годов. Именно до тех пор удавалось осуществлять финансирование медицинских учреждений по смете расходов, нередко не окупающей расходы на производство медицинских услуг. Такое финансирование позволяло государству поддерживать бесплатную и относительно доступную медицинскую помощь. Поддерживалась искусственная ситуация, позволявшая удовлетворять потребности здравоохранения при недостаточных ресурсах.

Следствием такой ситуации явились процессы деформации элементов системы здравоохранения, обусловленные истощением ресурсов, особенно финансовых. Бюджетное финансирование здравоохранения стало сокращаться, приобретая остаточный характер, что привело в первую к снижению мотивации медицинского персонала к труду и оттоку кадров.

Не отрицая таких достижений существовавшей системы, как преемственность, общедоступность, профилактическая направленность медицинской помощи, было очевидно, что «созданная на путях экстенсивного развития система здравоохранения становится всё более затратной и менее эффективной».¹³

Несовершенство системы распределения общественных фондов потребления, недостаточность средств на охрану здоровья, их несбалансированность с потребностью в медицинской помощи, несовершенство законодательства в области регулирования здравоохранения привели к появлению и развитию теневого рынка медицинских услуг.

Поэтому в 90-х годах перед постсоветскими странами встала задача реформирования здравоохранения. Необходимо было избрать стратегию реорганизации отрасли и законодательно обеспечить новые экономические механизмы её деятельности, отрегулировать механизмы управления.

В процессе перехода к рыночным отношениям в здравоохранении, возникает несколько групп проблем (рис. 3.1.1):

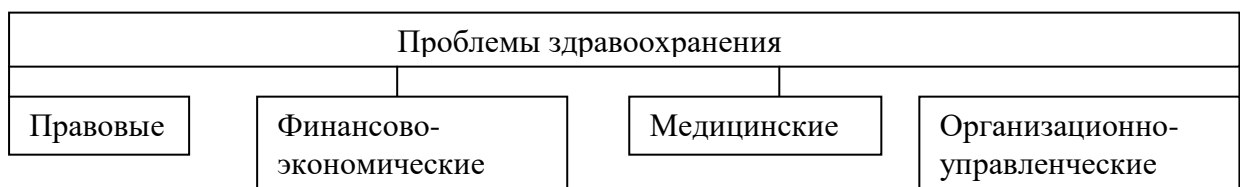


Рис. 3.1.1. Основные проблемы реформирования здравоохранения.¹⁴

¹³ Стародубов В. И., Таранов А. М. Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях. М. 1999. с. 15.

¹⁴ Колоколов Г. Р., Махонько Н. И. Медицинское право. М. Дашков и К. 2009.

Как видно, основные проблемы связаны с экономическими и правовыми особенностями услуг здравоохранения.

Первая особенность обусловлена спецификой проявления результата профессиональной деятельности лиц, занятых в здравоохранении. Лечебный эффект любого медицинского воздействия, как правило, проявляется не сразу, а при хронических заболеваниях и вовсе трудно определяем с общепринятых позиций трактования эффективности предоставленной услуги.

Вторая особенность связана с выражением количественных характеристик стоимости медицинских услуг. Стоимость услуги может быть различной: при выборе варианта врач сталкивается с необходимостью решения комплексной клинико-экономической задачи предпочтения дешёвой или дорогой услуги, учитывая степень её эффективности.

Третья особенность связана с процессом оказания услуг и определением доли участия в нём специалистов различного профиля и квалификации. В целом медицинские услуги охватывают всю жизнь человека, и в их оказании потенциально могут участвовать многие врачи.

В Российской Федерации в качестве реформаторской возобладала идея перехода к модели медицинского страхования.

Медицинское страхование – это вид социального страхования, форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Как и любой страховой процесс, медицинское страхование имеет свою цель – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счёт накопленных средств и финансировать мероприятия по профилактике заболеваний.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное медицинское страхование – это государственное социальное страхование, обеспечивающее всем гражданам равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи,

предоставляемой в объёме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении у отдельных граждан страхового случая (заболевание, травма, отравление и т.п.). В качестве субъектов страхования выступают гражданин, страхователь, страховщик, медицинская организация.

Страхователями при обязательном медицинском страховании в Российской Федерации являются: для работающего населения – предприятия, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, лица свободных профессий; для неработающего населения – органы государственной власти и местного управления.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью и (или) предприятия и организации, представляющие интересы граждан.

Страховщиками выступают страховые медицинские организации – юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебные учреждения различных форм собственности, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую помощь индивидуально.

Медицинское страхование может осуществляться по принципу солидарности и по накопительному принципу.

Принцип солидарности подразумевает ответственность и затраты всего общества за охрану здоровья каждого индивида. При его реализации страховые взносы аккумулируются в специальных государственных фондах.

За сбор и расходование средств этих фондов несёт ответственность государство, обеспечивая при этом территориальное выравнивание как возможностей использования финансовых ресурсов страхования, так и объёмов и качества оказываемой медицинской помощи. Страховые взносы в этом случае являются безвозвратными.

Накопительный принцип медицинского страхования подразумевает ответственность каждого гражданина за количество страховых средств, накапливаемых на его персональном счёте (персонификация страхования). Данный принцип предусматривает персональный учёт страховых накоплений, их наследование, оплату страховых случаев в суммах, превышающих накопления, выплату при отсутствии страховых случаев страховых премий, образующихся за счёт неиспользованных за определённый период денежных взносов.

Страховой тариф взносов на обязательное медицинское страхование устанавливается в процентах по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям. В Российской Федерации тариф страхового взноса составляет 3,6% от фонда оплаты труда.

Каждый гражданин, в отношении которого заключён договор медицинского страхования или который заключает такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис.

Основные правовые принципы медицинского страхования таковы:

- два источника финансирования – государственный бюджет и страховые взносы;
- сохранение порядка управления, модернизация системы управления;
- обязательный принцип страхования;
- заинтересованность населения в сохранении здоровья через личные взносы, которые не должны ухудшать материальное положение граждан;
- страховые организации защищают интересы застрахованных.

Основные характеристики медицинского страхования:

- децентрализованное финансирование;

- свобода выбора населением и работодателем фондов финансирования;
- конкуренция фондов финансирования, которые и осуществляют контроль качества оказания медицинской помощи и контроль за расходованием средств;
- разделение государственного финансирования органов управления и поставщиков медицинских услуг;
- широкие возможности лечебных учреждений для привлечения клиентов (больных и потенциальных больных).

В медицинском страховании существует и ряд серьёзных проблем, к которым можно отнести следующие:

- неравенство людей по «географическому» и социальному признаку в получении медицинской помощи;
- дороговизна медицинской помощи;
- недостаточный контроль за кадрами;
- отсутствие долгосрочного планирования;
- отсутствие возможностей достаточного развития общественного здравоохранения, профилактической медицины и санитарного просвещения;
- пренебрежительное отношение к больным группы повышенного риска и требующим длительного пребывания в стационаре, а также к тем, кто не охвачен системой страхования;
- высокие административные расходы на содержание персонала страховых организаций.

К настоящему времени существует целая система законодательно-нормативных актов, регулирующих процесс медицинского страхования в России. Законодательные регуляторы поведения участников страхового процесса заложены в Конституции Российской Федерации, Гражданском кодексе Российской Федерации, Основах законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан Российской Федерации».

В ходе проведения реформы здравоохранения в России на повестку дня были поставлены и требовали ответа важные вопросы. Как вписываются

проводимые мероприятия по реорганизации здравоохранения в систему рыночной экономики, создаваемой в стране. Отвечают ли правовые принципы медицинского страхования, внедряемые в России, рыночным отношениям в здравоохранении? Адаптирует ли медицинское страхование систему российского здравоохранения к условиям и создающейся инфраструктуре рыночной экономики?¹⁵

Условия переходного периода в России других стран постсоветского пространства ставят перед здравоохранением принципиально новые проблемы, опыта решения которых не имеют другие страны. Эти проблемы связаны с изменением экономики и политики, условий и образа жизни страны в целом, отдельных социальных групп, семьи, личности. Среди них выделяется проблема адаптации системы здравоохранения к новым условиям, приобретающая особое значение и с точки зрения выбора механизмов, и с точки зрения управления процессом адаптации.

Мировой опыт свидетельствует, что медицинское страхование является одним из наиболее эффективных способов функционирования здравоохранения в системе рыночных отношений. Практика применения медицинского страхования в развитых странах показывает, что принципы, на которых оно основано, практически полностью совпадают с принципами, провозглашаемыми рыночной экономикой, в то же время, при корректном их использовании, не нарушая социальной сущности отрасли. В данном аспекте под корректным применением подразумевается точное законодательное определение плательщика за оказание медицинской помощи.

Суть рыночных отношений в здравоохранении проявляется в сочетании принципа общедоступности лечебно-профилактической помощи и права каждого человека на выбор комфортных условий, повышенного качества

¹⁵ Шевченко Ю. А. «Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2000-2004 годы и на период до 2010 года». «Медсервис». М. 2005. с. 3.

медицинских услуг, выполняемых за плату субъектами здравоохранения с различными формами собственности.

Принятая в Российской Федерации модель медицинского страхования предполагает реализацию социального назначения здравоохранения в виде обязательного медицинского страхования. Основопологающим правовым принципом обязательного медицинского страхования является возможность оказания бесплатной и доступной для пациента медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Существующие федеральная и разработанные на её основе региональные программы обязательного медицинского страхования определяют перечень заболеваний и болезненных состояний, диагностика и лечение которых осуществляются за счёт средств обязательного медицинского страхования. Этот перечень включает в себя большинство из существующих острых и хронических заболеваний и состояний. Кроме того, законодательно предусмотрены сферы медицины (психиатрия, лечение туберкулёза, оказание скорой медицинской помощи, санитарно-противоэпидемическая деятельность, работа станций переливания крови и др.), которые финансируются за счёт средств бюджетов различного уровня.

Система добровольного медицинского страхования реализует коммерческие принципы оказания медицинской помощи, используя принцип накопительного страхования. Медицинская помощь застрахованному может быть оказана на сумму, превышающую уже внесённый страховой взнос.

Наиболее актуальной задачей для российского здравоохранения является адаптация понятия «рыночные отношения» к деятельности медицинских учреждений. Многочисленные исследования организаторов здравоохранения, экономистов и правоведов касаются различных аспектов данной проблемы.

Вот перечень основных проблем:

- отношения собственности в здравоохранении;
- методология определения стоимости и цены медицинских услуг;
- сущность рыночной конкуренции в медицине;

- разработка вариантов подхода к оценке стоимости медицинской помощи в стационарах с учётом квалификации персонала и тяжести состояния больных;
- определение с социальных позиций значимости конкуренции и прибыльности здравоохранения.

Для российского общества эти аспекты приобрели особую социальную значимость по причине сложившегося за десятилетия искажённого представления о здравоохранении как о бесплатной сфере услуг.

На начальном этапе реформирования здравоохранения сложилась парадоксальная ситуация, когда учреждения здравоохранения, как производители медицинских услуг, приобрели статус самостоятельного юридического лица и вышли из разряда подзаконных организационно-правовых форм хозяйствования в виде «учреждения». Существовавшее правовое пространство ограничивало подобную форму хозяйствования. Именно поэтому медицинские учреждения стремились приобрести черты предприятия, что делало их положение в рыночных структурах юридически более определённым.¹⁶

Юридическая определённость в условиях рыночной экономики тесно связана с формой собственности, определяющей организационно-правовую форму предприятия. Действующая законодательная база закладывает правовую основу монополизации государственной системы здравоохранения и предопределяет возможность формирования и функционирования, наряду с государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Но окончательная реализация предоставленных возможностей требует времени. Для лечебных учреждений любой формы собственности остаются актуальными такие проблемы:

- получение лицензии на медицинскую деятельность;
- выбор организационно-правовой формы хозяйствования;

¹⁶ Кучеренко В. З., Корюкин В. Г., Морозов В. П. Организационно-правовые формы экономической деятельности учреждений здравоохранения. СПб. 2004. с. 23.

- возможность образования юридического лица;
- необходимое для деятельности финансовое обеспечение из строго определённых источников, для которого могут применяться различные предусмотренные законом механизмы;
- участие в регулировании цен на медицинские услуги;
- возможность оспаривать в суде установленные без участия лечебного учреждения цены на оказываемые им услуги;
- принятие решений по структурной реорганизации внутри учреждения, направленной на эффективное оказание медицинской помощи и повышающей его конкурентоспособность.

Ещё более далёк от совершенства механизм реализации прав потребителей медицинских услуг. Действующее законодательство хотя и предусматривает защиту пациентов медицинскими страховыми компаниями, но не в качестве полноправных потребителей. Закон же «О защите прав потребителей в Российской Федерации» регулирует совсем другие аспекты.

Для пациента, обратившегося за медицинской помощью, не важны ни формы собственности лечебного учреждения, ни организационно-правовые основы его деятельности, ни схемы финансирования. Для него важно только то, насколько качественной и доступной будет медицинская помощь и обязан ли он за неё платить из собственного кармана. При этом пациент должен иметь:

- право получить медицинскую помощь или отказаться от неё;
- право получать информацию о своём здоровье;
- право и возможность выбора, где, в каком объёме, в какое время (желательно удобное для него) получить медицинскую помощь;
- право и возможность выбора дополнительных (сервисных) услуг;
- строго определённые гарантии по реализации своих прав;
- защиту (юридическую, экономическую, моральную) от неправомерной деятельности недобросовестных или некомпетентных врачей, лечебного учреждения в целом, страховых медицинских организаций.

На сегодняшний день очень часто нарушается конституционное право граждан на оказание качественной медицинской помощи. Практика показывает, что пациенты, обратившиеся за медицинской помощью в медицинские учреждения, не знают, какие услуги им должны предоставляться бесплатно, а за какие необходимо платить. Лечащие врачи пользуются неинформированностью пациентов и оказывают на платной основе гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. При этом российская система государственного регулирования здравоохранения не в полном объеме обеспечивает условия для оказания качественных и доступных медицинских услуг, так как препятствуют следующие факторы:

- малочисленность имеющегося высококвалифицированного персонала;
- использование в лечебно-профилактических учреждениях изношенного оборудования;
- отсутствие правового института экспертов качества медицинской помощи;
- несовершенство административного законодательства в сфере здравоохранения.

Поэтому необходимы система контроля качества оказания медицинских услуг лечебно-профилактических учреждений и система экспертизы их качества. Так же существует специфика юридической ответственности медицинских учреждений и их работников за причинение вреда здоровью пациентов в результате врачебной ошибки.¹⁷ Отсутствие данного понятия в законодательстве приводит к тому, что медицинские работники, совершая те или иные действия, по их мнению, подпадающие под понятие «врачебная ошибка», на самом деле совершают деяния, ответственность за которые предусматривают конкретные статьи Уголовного кодекса Российской Федерации (ст. 109, 118 смерть и причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности).

¹⁷ Сучков А. В. Проблемы доказывания профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками. Медицинское право. 2010. № 2. с. 27-30.

В ходе изучения правового обеспечения современной отечественной системы здравоохранения установлено, что формирование правовой базы здравоохранения на федеральном уровне во многом отстает от потребностей субъектов Федерации, что сдерживает развитие регионального законодательства. Многие институты медицинского законодательства урегулированы ведомственными актами субъектов Российской Федерации, поэтому уровень реализации политики в сфере здравоохранения в каждом регионе разный. В связи с этим необходимо объединить нормативные акты, посвященных вопросам охраны здоровья граждан, в единый законодательный комплекс, например, путем принятия Кодекса законов об охране здоровья населения (медицинский кодекс), который определял бы административную структуру системы здравоохранения, гарантии, принципы, финансирование, ответственность, права и обязанности пациентов в соответствии с общепризнанными началами, закрепленными в нормах международных договоров.¹⁸

Специалисты в области медицины и права считают, что для успешного осуществления Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. необходимо:

- повысить авторитет медицинской профессии;
- наладить систему обратной связи для самокорректировки системы регулирования здравоохранения;
- обеспечить эффективное взаимодействие между государственными органами, медицинскими учреждениями и населением;
- разработать нормативные правовые документы и механизм принятия системных и действенных мер по совершенствованию системы обеспечения и контроля качества медицинской помощи населению;
- государственную политику здравоохранения нужно проводить с учетом мнения ведущих специалистов в данной области;

¹⁸ Клык Н. А. Медицинский кодекс России: каким ему быть? Российская юстиция. 2002. № 9. с. 15-19.

- необходимо ужесточить надзор за исполнением законодательства в области здравоохранения со стороны органов государственной власти
- усовершенствовать административное законодательство в сфере охраны здоровья, с тем, чтобы в некоторых случаях нарушения законодательства привлекать не к дисциплинарной ответственности, а к административно-правовой или уголовно-правовой ответственности.¹⁹

Например, необходимо ввести административно-правовую ответственность в следующих случаях:

1. За непредоставление пациентам полной информации о предстоящем лечении, неоформление должным образом необходимой документации по оказанию медицинских услуг при приеме пациентов (данные действия должны быть наказуемы в виде административного штрафа).
2. За предоставление лечащим врачом на платной основе гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в медицинских учреждениях. Введение ответственности за нарушение стандартов медицинской помощи позволит повысить качество оказания медицинских услуг персоналом лечебно-профилактических учреждений, т.к. медицинский персонал под угрозой административного наказания будет добросовестно оказывать необходимую медицинскую помощь (такое нарушение конституционного права на охрану здоровья должно быть наказуемо штрафами и (или) временной дисквалификацией заниматься медицинской деятельностью).
3. За причинение в процессе оказания медицинской помощи легкого вреда здоровью гражданина лицом, обязанным оказывать медицинскую помощь, по неосторожности. На сегодняшний день данное деяние является ненаказуемыми в административном и уголовном порядке (такое причинение вреда здоровью должно быть наказуемо штрафами и (или) временной дисквалификацией с обязанностью пройти обучение для последующей сертификации медицинского работника).

¹⁹ Сергеев Ю. Д. Медицинское право в современной России: становление, успехи, проблемы, перспективы. Экономика здравоохранения. 2009. № 11. с. 21-25.

4. За непредставление, несвоевременное представление, сокрытие, приписки и другие искажения данных правовой статистики и специального учета в области здравоохранения медицинским учреждением (такое нарушение общеобязательной статистики должно быть наказуемо административными штрафами).

Вышеуказанные меры административного воздействия в отношении виновных лиц позволят не только предупредить повторное нарушение медицинскими работниками законодательства в области здравоохранения, но и значительным образом позволят улучшить качество предоставляемых медицинских услуг населению страны, позволят реализовать конституционные права человека на охрану здоровья, социальную справедливость, равноправие и защиту его интересов в области здравоохранения.

Реформирование сферы здравоохранения, пересмотр концепции правового регулирования этой отрасли проходил и в других постсоветских государствах. Меры по совершенствованию правового регулирования в первую очередь были направлены на построение четкой системы правовой вертикали нормативных правовых актов и обеспечение их правоприменения.

В Республике Беларусь была разработана концепция реформы правового регулирования медицины, согласно которой становление и развитие правовой медицины в стране в первую очередь предполагает усиление прямой регулирующей роли законов в системе здравоохранения, замену административно-правовых норм гражданско-правовыми нормами. То есть, оказание всех видов медицинской помощи будет регулироваться не только отраслевыми инструкциями, стандартами и нормами, но, прежде всего, законодательными документами. Причём эти законодательные документы должны быть обязательными к исполнению всеми гражданами, организациями здравоохранения и органами управления вне зависимости от их ведомственной принадлежности. Особое значение придаётся законодательному обеспечению прав пациентов и медицинских работников,

их соответствии существующим международным правовым нормам. Министерство здравоохранения, органы исполнительной власти на местах посредством аккредитации, сертификации и лицензирования, а также функций непосредственного контроля обеспечивают сопоставление нормативных предписаний с реально существующим положением дел на местах и на основе анализа обобщенных данных корректируют управленческие решения.

В республике предлагается принять целый ряд законов по вопросам финансирования системы здравоохранения, медицинского страхования, лекарственного обеспечения населения, совершенствования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, защиты прав пациентов и медицинских работников. Основой новой системы законодательства должны стать закон «Об охране здоровья граждан», определяющий организационную базу системы охраны здоровья населения в республике, закон «О медицинской помощи», регламентирующий реализацию права граждан на получение медицинской помощи; законы «О правах пациентов» и «О правах, ответственности, обязанностях и социальной защите медицинских работников». Эти законы должны не только восполнить существующие пробелы правового поля и создать исходную правовую базу, регулирующую отношения граждан в сфере медицины и здравоохранения, органов законодательной и исполнительной власти, органов местного управления, организаций здравоохранения государственной и частной форм собственности, но и поднять уровень правосознания в обществе.

В Республике Беларусь система обязательного медицинского страхования отсутствует, медицинские услуги оказываются за счёт бюджетного финансирования. Однако расширяющаяся практика оказания платных медицинских услуг требует законодательного закрепления механизма, основой которого становятся такие экономические и юридические категории как стоимость медицинской процедуры, договорные отношения между сторонами, юридическая ответственность за негативные результаты лечения,

за возможный вред, причиненный здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи, и т.п. Поэтому принятие правовых норм (в частности, закона «Об обязательном медицинском страховании») в этом направлении является актуальной проблемой правового регулирования здравоохранения в республике. В соответствии с законом Республики Беларусь «О страховании» 1993 г. в редакции от 31 января 2000 г. каждый гражданин имеет право на добровольное страхование медицинских расходов. Согласно этому Закону, пациент при получении медицинской помощи имеет право воспользоваться услугами страховой организации. Развитие нормативно-правовой базы, регламентирующей вопросы добровольного страхования медицинских расходов (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 22 сентября 2004 г. № 1180 «О Концепции добровольного медицинского страхования в Республике Беларусь»; Постановление Министерства финансов Республики Беларусь от 9 июня 2005 г. №74 «Об утверждении инструкции о добровольном страховании медицинских расходов»), является ступенью для перехода к созданию в республике системы обязательного медицинского страхования.

Система здравоохранения будет иметь больше бюджетных средств на финансирование государственных программ, если в этой системе будут существовать учреждения, прибыль от деятельности которых может покрыть убытки тех медицинских учреждений, которые по роду своей деятельности не могут работать в рамках самоокупаемости.

В соответствии с действующим в республике Законом, средства, поступающие организациям здравоохранения от ведения самостоятельной хозяйственной деятельности, учитываются на отдельном балансе, поступают в собственное распоряжение учреждений и не могут быть у них изъяты, например, в счет финансирования следующего года. Однако приходится признать, что на практике это положение нередко нарушается. Поэтому предусмотрена разработка ряда правовых норм, направленных на стимулирование предпринимательской деятельности организаций

здравоохранения и призванных защитить их права на самостоятельное распоряжение полученными в результате этой деятельности доходами. Для этого требуется изменить организационно-правовую форму медицинских учреждений, наделить их правами самостоятельно хозяйствующих субъектов. Условия для равной конкуренции между медицинскими организациями разных форм собственности могут быть созданы только при изменении правового статуса государственных учреждений – переводе их на арендный подряд. Он превращает лечебно-профилактическую организацию в самостоятельное юридическое лицо и обеспечивает сочетание хозяйственной самостоятельности с сохранением государственной собственности. Другой формой решения этой проблемы может стать распространение Закона «О предприятии» на лечебно-профилактические учреждения.

В мировой практике профессиональная ответственность врачей, как правило, подлежит обязательному страхованию. Эта норма прописана в статье 57 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», где сказано, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей. Однако эта правовая норма редко используется на практике.

Как уже указывалось, основой формирования системы защиты прав граждан в сфере здравоохранения в любой стране являются гарантии государства по соблюдению прав пациентов в виде соответствующей нормативно-правовой базы. Анализ действующей и в Белоруссии, и во многих других странах СНГ нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения показывает, что в некоторых вопросах она до сих пор основывается на нормах советского периода.²⁰ В действующих законодательствах права пациентов разбросаны по многочисленным нормативно-правовым. Поэтому для стран СНГ

²⁰ Корсак С. С. Материалы научно-практической конференции «Проблемы общественного здоровья и здравоохранения Республики Беларусь». БГМУ. Мн., 2005. с.184—186.

актуально создание Закона «О правах пациентов», имеющего четкую структуру, взаимосвязи как внутри акта, так и с другими законодательными документами. При этом следует иметь в виду опыт действующих во многих странах мира законов «О правах пациентов»²¹

В Республике Казахстан законодательное регулирование охраны здоровья граждан является актуальной проблемой и выдвигается как одно из основных направлений государственной политики. Основой реформирования медицинской сферы стала Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. Статья 29 Конституции посвящена охране здоровья граждан Республики Казахстан, что соответствует общепризнанным принципам и нормам международного права. 18 сентября 2009 г. вступил в силу Кодекс Республики Казахстан «О здоровье населения и системе здравоохранения». До утверждения нового Кодекса о Здоровье в Казахстане имелось значимое число нормативно-правовых актов, регулирующих социальные отношения, связанные с жизнью и здоровьем человека, что зачастую приводило к определенным сложностям в применении законодательства о здравоохранении. Новый Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» представляет принципиально иной подход в регулировании общественных отношений в области здравоохранения и определяет правовые, организационные, экономические и социальные основы деятельности здравоохранения Республики. Кодекс о Здоровье связывает в одном акте максимальное количество норм, которые регулируют весь комплекс разнообразных отношений в сфере здравоохранения и направлен на систематизацию законодательства в области здравоохранения и его гармонизацию с международными нормами и стандартами.

Для роста доступности и качества лекарственной помощи населению и улучшения лекарственного обеспечения государственных организаций

²¹ Zliev D., Vienonen M. Patient`s Rights Development in Europe. WHO: Regional office for Europe. 1998. 32 p.

здравоохранения в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье населения и системе здравоохранения» внесено понятие «единый дистрибьютер по закупке и обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения». Установлены нормы, направленные на усиление контроля за распространением биологически активных добавок и их рекламой. Термин «медицинская техника» выделен из понятия «лекарственные средства». Это должно обеспечить более рациональное государственное регулирование различных групп лекарственных препаратов и медицинской техники в соответствии с их классами безопасности.

До принятия Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» стандарты в области здравоохранения в Республике Казахстан не были конкретно регламентированы и систематизированы по видам. Теперь в Кодекс включена соответствующая статья, определяющая данные стандарты. Определение таких стандартов должно обеспечить необходимую степень упорядоченности профилактических, диагностических и лечебных процессов, а также неукоснительное выполнение требований к условиям осуществления медицинской и врачебной деятельности. Это создаст возможность для комплексной оценки работы учреждений здравоохранения, обеспечит необходимые условия для подготовки медицинских кадров, отвечающих современным требованиям. Кроме того, станет возможным переход от контроля качества готовых лекарственных средств и изделий медицинского назначения к контролю процессов их разработки, производства и соблюдения условий хранения.

Необходимо упомянуть о проблеме, связанной с многочисленными фактами рекламирования медицинских услуг, лекарственных препаратов, биологически активных добавок без имеющихся на то соответствующих разрешений и лицензий. Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения» устанавливается контроль за производством, распространением и размещением рекламы медицинского характера, определена мера ответственности за подобные нарушения.

Для придания значимости и важности вопросу моральной ответственности медицинских работников за осуществляемую ими профессиональную деятельность перед гражданами и обществом планируется разработка и принятие Кодекса чести медицинских работников. Кроме того, в рамках реформы правовой базы здравоохранения предусматривается создание комиссий по вопросам этики, целью которых является защита прав и достоинства человека при использовании достижений биологии и медицины. Впервые законодательно регламентирован порядок проведения медико-биологических экспериментов и клинических исследований в соответствии с международными стандартами.

В настоящее время запрещено платное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. В силу малой оплаты труда медиков в государственных учреждениях происходит отток квалифицированных кадров в частные структуры. В данной ситуации, согласно Конституции (ст.24), государство должно взять на себя заботу по гарантии их прав на работу с достойной оплатой труда. В статье 29 Конституции заложено: право гражданина Республики Казахстан получать бесплатно гарантированный объём медицинской помощи в государственных и в частных лечебных учреждениях. Специалистами в области правового регулирования здравоохранения разрабатывается Закон «О платной медицинской помощи в Республики Казахстан», в котором необходимо отразить следующие основные положения:

- некоторые группы населения могут оплачивать некоторую часть определенных медицинских услуг;
- другие группы могут освобождаться от оплаты с учетом их доходов;
- часть услуг останется бесплатной, так как в противном случае обращение за ними граждан снизится;
- цена на услуги может быть равна или ниже ее себестоимости;
- плата за услуги может быть дополнением к программам страхования и поступать в виде сооплаты и первоначальных выплат;

- пациенты должны быть информированы о том, что существует перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденный Правительством, и медицинские услуги, определенные в нем, должны предоставляться бесплатно.

Перечень услуг, предоставляемых бесплатно, в соответствии с проектом закона должен публиковаться в средствах массовой информации. В соответствии с этим Перечнем гарантированный объем бесплатной медицинской помощи оказывается гражданам в формах скорой медицинской помощи, санитарной авиации, амбулаторно-поликлинической, стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи.

3.2. Перспективы применения международного опыта правового регулирования в ходе реформирования системы здравоохранения Азербайджанской Республики.

Основы законодательного регулирования сферы здравоохранения в Азербайджане заложены в статье 41 Конституции Азербайджанской Республики, гласящей: «Государство принимает необходимые меры для развития всех видов здравоохранения, действующего на основе различных видов собственности, гарантирует санитарно-эпидемиологическое благополучие, создаёт возможности для различных форм медицинского страхования.»²²

Также принят ряд законов, регулирующих эту сферу, таких как Закон «Об охране здоровья населения», «О санитарно-эпидемиологическом здоровье», «О фармацевтической деятельности», «О трансплантации человеческих органов и тканей», «О медицинском страховании», «О частной медицинской деятельности» и другие.

²² Конституция Азербайджанской Республики. Qanun. Баку. 2009. с. 15.

Закон «Об охране здоровья населения» регулирует взаимоотношения, возникающие между гражданами и государственными органами, а также субъектами государственных и негосударственных систем здравоохранения. В нём определены права граждан в области охраны здоровья и медико-социальной помощи, гарантии осуществления этих прав, права и ответственность медицинских и фармацевтических работников.

Думается, что в настоящее время особую актуальность приобретает Закон «О медицинском страховании», принятый ещё 28 октября 1999 года, но пока не осуществлённый на практике. Очевидно, что назрела необходимость претворения положений этого Закона в жизнь. Опыт реформирования сферы здравоохранения в постсоветских республиках, рассмотренный в первом параграфе данной главы, показывает, что создание системы обязательного медицинского страхования – совершенно необходимый шаг на пути приведения сферы здравоохранения в соответствие с новой системой экономических отношений. По указу президента Азербайджана Ильхама Алиева в 2008 году при Кабинете Министров Азербайджана было создано агентство по обязательному медицинскому страхованию, каждый год из госбюджета страны выделяется определенная сумма для осуществления пилотной версии этого проекта. В настоящее время готовится проект нового закона, согласно которому все организации, как государственного, так и частного секторов, будут обязаны страховать своих работников. По заявлениям государственных лиц внедрение системы обязательного медицинского страхования начнётся в Азербайджанской республике уже в 2016 году. По мнению экспертов, применение обязательного медицинского страхования примерно в два раза снизит расходы граждан на медицинские услуги. Предполагается, что система обязательного медицинского страхования в Азербайджане будет финансироваться из трех источников: государственного бюджета, отчислений работодателей и самих работников. Задержка с применением обязательного медицинского страхования связана с отсутствием конкретных законодательных механизмов, а также с вопросами

финансирования и сотрудничества соответствующих структур, с отбором клиник в рамках системы обязательного медицинского страхования. Основные правовые положения системы обязательного медицинского страхования уже сформулированы в Законе Азербайджанской Республики «О медицинском страховании». Поэтому необходимо в кратчайшие сроки разработать и утвердить законодательные и финансовые детали механизма системы ОМС и начать применение обязательного медицинского страхования, которое действительно является важным вопросом в настоящее время.

Безусловно, при реализации пилотной версии, а далее в ходе создания национальной системы медицинского страхования необходимо учесть проблемы, возникавшие в ходе осуществления реформы здравоохранения в других странах.

Для эффективного управления процессом перехода здравоохранения к медицинскому страхованию необходимо:

- во-первых, принимаемые законодательные акты приводить в соответствие с нормами действующей Конституции;
- во-вторых, внести изменения и дополнения в действующие законы, касающиеся сферы здравоохранения;
- в третьих, принять законы о правах пациента, о профессиональной медицинской деятельности, в том числе, закон об ответственности за врачебные ошибки.

Очевидно, должны быть внесены соответствующие изменения и дополнения в Законы «Об охране здоровья населения», «О частной медицинской деятельности», «О фармацевтической деятельности», а также приняты дополнительные нормативные акты, обеспечивающие успешный переход от централизованной системы здравоохранения, к системе, сочетающей как государственно-бюджетное финансирование, так и принципы медицинского страхования.

Для Азербайджанской Республики ведущей задачей наряду с повышением эффективности функционирования существующей системы является формирование оптимальной модели здравоохранения, которая должна учитывать лучший мировой опыт и быть важной составной частью программы социально-экономического развития страны.

На рис. 3.2.1 представлена примерная схема управления отраслью здравоохранения на основе нормативно-правового регулирования профессиональной деятельности:

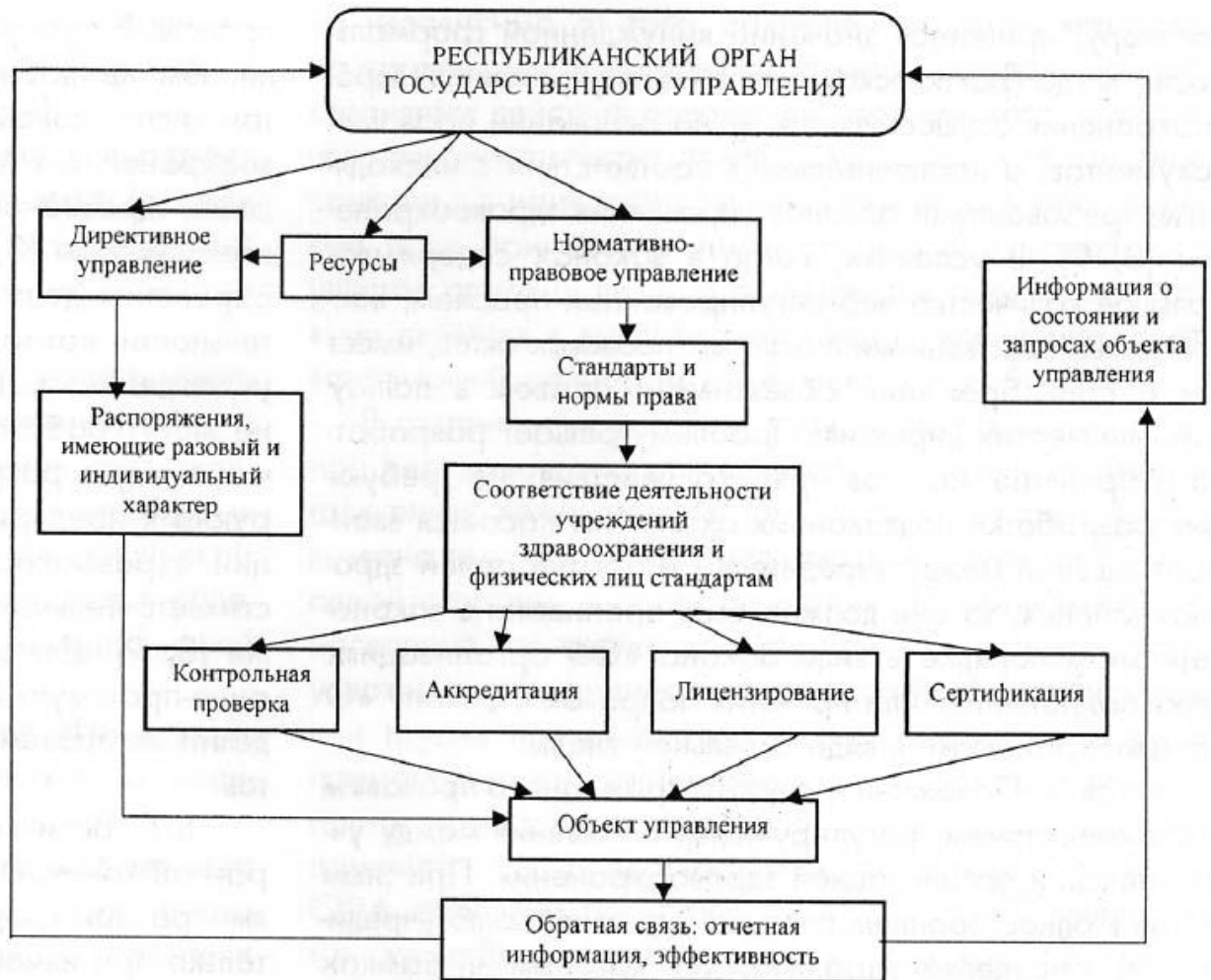


Рис. 3.2.1. Схема управления отраслью здравоохранения на основе нормативно-правового регулирования профессиональной деятельности.²³

²³ Кучеренко В. З., Корюкин В. Г., Морозов В. П. Организационно-правовые формы экономической деятельности учреждений здравоохранения. СПб. 2004

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ.

Регулирование деятельности системы здравоохранения в странах с развитым гражданским обществом предполагает не только соблюдение принятых обществом социальных норм, но и внятную, открытую государственную политику в сфере здравоохранения, целью которой является создание условий для наиболее полной реализации возможностей по обеспечению права граждан на сохранение здоровья. Достижение этой цели возможно только при решении нескольких групп задач, в том числе юридических, экономических и социальных. Для каждой страны в определённый период развития эти задачи должны быть не только чётко сформулированы, но и приняты и поддержаны обществом. Подобно другим службам социального профиля, система здравоохранения является своего рода зеркалом, отражающим глубоко укоренившиеся социальные и культурные ожидания населения.

Практика организации и правового регулирования сферы здравоохранения в развитых странах показывает, что наиболее эффективным оказывается сочетание в тех или иных пропорциях государственно-бюджетной системы и системы медицинского страхования.

Функционирование государственно-бюджетной системы в области здравоохранения имеет ряд положительных сторон. Такая система обеспечивает высокую степень социальной защищённости граждан путем установления гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи. Это очень эффективно при эпидемиях опасных инфекционных заболеваний, а также в условиях чрезвычайных ситуаций. Однако государственно-

бюджетная система далеко не всегда отвечает принципам конкуренции и свободного выбора, являющимся основополагающими принципами рыночной экономики. К тому же подобная система требует весьма высоких постоянных расходов на сферу здравоохранения из государственного бюджета, что может оказаться не под силу менее развитым странам.

Поэтому на нынешнем этапе развития общества в целях поиска новых экономических условий существования здравоохранения во многих странах из нескольких моделей законодательно взята за основу развития системы здравоохранения модель медицинского страхования. Для постсоветских государств в целом, и для Азербайджанской Республики в частности, целесообразным путём реформирования сферы здравоохранения представляется дополнение государственно-бюджетной системы системой медицинского страхования. Как показывает опыт организации здравоохранения в различных странах, одним из существенных преимуществ системы обязательного медицинского страхования является формирование системы независимого контроля качества оказываемой медицинской помощи, способствующей развитию прав пациентов.

Учитывая всё выше сказанное, можно выделить следующие основные проблемы, требующие своего разрешения при реформировании системы здравоохранения в соответствии с реалиями рыночной экономики и современными требованиями к охране здоровья населения:

1. Определение объёмов и способов финансирования бесплатной медицинской помощи.
2. Создание эффективной вертикали управления системой здравоохранения.
3. Формирование государственного заказа на предоставление гражданам определённых видов и объёмов медицинской помощи.
4. Форматирование нормативно-правовой базы здравоохранения, включающее в себя принятие законов о национальном здравоохранении, о государственной системе здравоохранения, о частной системе здравоохранения, о внесении изменений и дополнений в уже существующие

законы, так или иначе касающиеся организации и регулирования сферы здравоохранения.

5. Перемещение акцентов в оказании медицинской помощи со стационаров на амбулаторно-поликлиническое звено.

6. Поддержка региональных медицинских центров, улучшение их финансирования, реструктуризация видов медицинской помощи.

7. Меры государственного регулирования лекарственного обеспечения населения:

а) введение государственного регулирования цен на жизненно необходимые лекарственные средства;

б) централизованные закупки лекарственных средств для медицинских учреждений и льготных категорий населения;

в) долевое финансирование лекарственного обеспечения бюджетами различного уровня и средствами обязательного медицинского страхования;

г) совершенствование законодательства, регулирующего фармацевтическую деятельность.

Создаваемая система здравоохранения имеет целью организацию оказания качественной медицинской помощи, доступной населению, на базе фундаментальных преобразований финансирования с привлечением, помимо государственных, иных ресурсов, в том числе и средств населения. Переход к такой системе требует преобразований правовых основ отрасли, направленных на демократизацию управления, внедрение современных медицинских технологий, развитие конкуренции, основанной на свободном выборе пациентом лечебно-профилактического учреждения и врача.

Таким образом, можно перечислить задачи, которые необходимо решить в процессе реформирования здравоохранения:

- создание новой законодательной базы здравоохранения;

- разработка механизмов адаптации системы здравоохранения к работе в новых условиях;

- приведение в соответствие механизмов взаимодействия здравоохранения с экономикой страны;
- разработка механизмов финансового взаимодействия в здравоохранении;
- разработка и внедрение организационных принципов функционирования учреждений здравоохранения в новых условиях.

Однако система обязательного медицинского страхования нуждается в определённых государственных гарантиях и регулировании. Государственное регулирование заключается в том, что государство должно не только определить гарантированный объём медицинской помощи, но и добиться его реализации для каждого, кто в ней нуждается. Медицинское страхование предусматривает схему оказания медицинской помощи не по территориальному принципу, а по принципу семейного врача. Только такая концепция организации медицинской помощи позволяет реализовать право выбора пациентом врача и страховой медицинской организации. Для осуществления этой концепции необходимо время, поскольку должны быть подготовлены специалисты семейной медицины, организована система взаимодействия между семейным врачом и существующими лечебными учреждениями. Основой такого взаимодействия могли бы стать договоры между хозяйствующими субъектами здравоохранения.

Договорные начала целесообразно использовать и при решении вопросов финансирования. Любой медицинский хозяйствующий субъект должен заключать договоры о финансовом взаимодействии и с органами власти, осуществляющими бюджетное финансирование, и со страховыми медицинскими организациями, осуществляющими финансирование по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Это позволит обеспечить:

- право выбора пациентом врача, и тем самым создать условия конкуренции среди лечебных учреждений всех форм собственности;

- право выбора пациентом и лечебным учреждением страховой медицинской организации, и тем самым будет создаваться конкуренция среди страховых медицинских организаций;
- государственное регулирование процесса реализации прав не только всех субъектов медицинского страхования, но и объектов и субъектов здравоохранения.

Трудно не поддержать мнение ряда организаторов здравоохранения и экономистов о том, что в условиях рыночной экономики частичная коммерциализация здравоохранения является условием выживания отрасли, а организационно-правовые формы в медицине должны соответствовать нормам Конституции и гражданского кодекса. В противном случае отрасль выпадает из экономических процессов, происходящих в постсоветских странах на современном этапе.

Формирование подобного восприятия медицины – трудный процесс, затрагивающий не только врачей и руководителей учреждений здравоохранения, но и органы власти всех уровней, руководителей хозяйствующих субъектов, наконец, всё население.

С точки зрения управления практическим здравоохранением, необходимо определиться со следующими позициями:

- организационно-правовой статус лечебных учреждений;
- формы их самостоятельного хозяйствования и предпринимательства;
- разработка технологии придания лечебным учреждениям статуса юридического лица;
- принципы налогообложения лечебных учреждений;
- организационно-правовые основы и способы приватизации в здравоохранении.

В качестве программы по реформированию сферы здравоохранения и совершенствованию правового регулирования этой отрасли может быть предложена программа формирования системы медико-социального

страхования, которая позволит осуществить следующие важные мероприятия:

1. Создать действенные правовые механизмы контроля за выплатой пособий по временной нетрудоспособности на основании сведений о характере заболеваний и об оказанной лечебной помощи и осуществлять этот контроль.
2. Разработать и принять нормативно-правовые акты, позволяющие существенно снизить издержки на здравоохранение в рамках объединённой системы медико-социального страхования.
3. Реализовать подушевой принцип финансирования здравоохранения, предполагающий утверждение на всех уровнях подушевых нормативов в зависимости от показателей потребности в медицинской помощи для реализации государственных гарантий.
4. Разработать и внедрить механизм выравнивания финансовых условий реализации государственных гарантий между регионами и отдельными муниципальными образованиями в рамках регионов.
5. Законодательное закрепление и практическое развитие форм добровольного медицинского страхования, не только дополняющих, но и включающих медицинские услуги и лекарственное обеспечение, предусмотренные программой медико-социального страхования.
6. Поступление подавляющей части государственных средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, в медицинские учреждения из одного источника - системы медико-социального страхования. Для этого необходимо законодательно установить порядок использования бюджетных средств для оплаты медицинской помощи, предусмотренных базовой программой медико-социального страхования в качестве платежей на страхование неработающего населения, только через систему медико-социального страхования.
7. Охват основных видов и объёмов медицинской помощи базовой программой медико-социального страхования. Из средств бюджета будут покрываться расходы на узкий круг социально значимых заболеваний, а

приобретение особо дорогостоящего оборудования или новое строительство объектов здравоохранения станет осуществляться преимущественно на программной основе.

8. Правовое обеспечение и поэтапное включение в программу медико-социального страхования лекарственного обеспечения и проведения профилактики заболеваний.

9. Обеспечение в перспективе того, чтобы объектом обязательного медицинского страхования становились не случаи заболевания застрахованных, а состояние их здоровья.

10. Необходимо законодательно закрепить положение о том, что из государственного бюджета должно быть продолжено финансирование дополнительных лечебных услуг для ряда категорий лиц, нуждающихся в специализированном лечении по профессиональным и иным основаниям.

11. Постепенный переход от оплаты фактических объёмов медицинской помощи к оплате отдельных её видов, определяемых на основе заказа медицинским организациям. Размещение этого заказа должно осуществляться страховщиком на основе показателей программы законодательно установленных государственных гарантий и согласованного с медицинскими организациями плана предоставления медицинской помощи застрахованным.

12. Законодательная и организационная реализация принципа селективных договорных отношений, подразумевающего заключения договоров только с теми лечебными учреждениями, которые способны обеспечить более высокие показатели качества медицинской помощи и заложенные в программу государственных гарантий целевые показатели эффективности использования ресурсов. Это предполагает конкурсное размещение заказа на оказание плановых объёмов медицинской помощи.

Конечно же, при осуществлении всех этих мероприятий необходимо уделять внимание изучению и критическому осмыслению международного опыта развития и правового регулирования сферы здравоохранения. Необходимо

обеспечить тщательный анализ нормативных правовых актов и стратегических направлений деятельности в здравоохранении различных стран, а также развивать сотрудничества с международными организациями и, в первую очередь, с Всемирной организацией здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Конституция Азербайджанской Республики. Qanun. Баку. 2009.
2. Закон Азербайджанской Республики «Об охране здоровья населения». <http://med.az/static/law.html>
3. Закон Азербайджанской Республики «О медицинском страховании». http://medportal.az/health_insurance_act/?lang=RU
4. Закон Азербайджанской Республики «О частной медицинской деятельности». www.bakumedinfor.com/index.php?option=com_content
5. Кодекс здравоохранения Франции. Экономика-Здоровье Франция 2007 (версия январь 2008). <http://www.irdes.fr/>
6. "Закон о доступной медицине и защите пациентов". meddays.ru/articles/meditsina-v-ssha
7. Закон о здравоохранении «Danish Health Act». <https://laegemiddelstyrelsen.dk/en/>
8. Федеральный закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». <http://www.med-pravo.ru/Common/third.htm>
9. Федеральный закон Российской Федерации "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". www.med-pravo.ru/Common/third.htm
10. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении». www.hsph.harvard.edu/population/aids/belarus.health.08.doc
11. Закон Республики Беларусь « Об основах государственного социального страхования». pravo.kulichki.com/otrasl/sta/sta00172.htm
12. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье населения и системе здравоохранения». online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065

13. Колоколов Г. Р., Махонько Н. И. Медицинское право. М. Дашков и К. 2009.
14. Стеценко С. Г. «Медицинское право» СПб. 2004
15. Стародубов В. И., Таранов А. М. Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях. М. 1999
16. Шевченко Ю. А. «Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2000-2004 годы и на период до 2010 года». «Медсервис». М. 2005
17. Сергеев Ю. Д. Медицинское право в современной России: становление, успехи, проблемы, перспективы. Экономика здравоохранения. 2009. № 11
18. Корсак С. С. Материалы научно-практической конференции «Проблемы общественного здоровья и здравоохранения Республики Беларусь». Минск. 2005.
19. Зевелева Г. Н. Государственная политика в области здравоохранения в США в 1992–2012 гг.: борьба за реформы. М. ИМЭМО РАН. 2012
20. М. Тэннер. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. InLiberty.ru. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World. Policy Analysis. № 613 (March 18, 2008)
21. Кучеренко В. З., Корюкин В. Г., Морозов В. П. Организационно-правовые формы экономической деятельности учреждений здравоохранения. СПб. 2004
22. Сучков А. В. Проблемы доказывания профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками. Медицинское право. 2010. № 2
23. Клык Н. А. Медицинский кодекс России: каким ему быть? Российская юстиция. 2002. № 9
24. Кучеренко В. З., Денисов В. Н., Финченко Е.А. Введение в медицинское страхование. Новосибирск. 1995
25. Ерохина Т. В. «Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации». Саратов. 2006

26. Макроэкономика: социально ориентированный подход. Учебник для вузов под ред. Лутохиной Э. А. Мн. ИВЦ Минфин. 2010
27. Черноручкая Н. М. Правовой статус медицинского работника. Н.М. Отдел кадров. 2009, № 7
28. Мохов А. А. Медицинское право: правовое регулирование медицинской деятельности. Курс лекций. Учебное пособие. Волгоград. Издательство ВолГУ. 2003
29. Лисицын Ю. П. Система страхования в здравоохранении. Учебно-методическое пособие. М. Федеральный фонд ОМС. 2001
30. Свицерский А. В. Правовое регулирование обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Учебное пособие. Тюмень. Издательство ТГУ. 2001
31. Калиниченко В. И. Правовые вопросы защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. Учебно-методическое пособие. М. Федеральный фонд ОМС. 2001
32. Моссиалос Э., Томпсон С. Добровольное медицинское страхование в странах европейского союза. Перевод с английского. М. "Весь Мир". 2006
33. Козодаева О. Н. Медицинское право: особенности правового регулирования. Вестник Тамбовского Университета. 2011, №6 \
34. Лопатенков Г. Я. Медицинское страхование и платные услуги. СПб. БХВ-Петербург. 2005
35. Кагаловская Э. Т. Добровольное медицинское страхование: формирование фондов для оплаты лечения. М. «Анкил». 2005
36. Дрошнев В.В. Обязательное медицинское страхование в России. М. "Анкил". 2004
37. Zliev D., Vienonen M. Patient`s Rights Development in Europe. WHO: Regional office for Europe. 1998
38. To Err is Human: Building A Safer Health System. —Washington, DS: IOM, 1999
39. www.sehiyye.gov.az/

40. <http://cyberleninka.ru/article/n/normativno-pravovoe-regulirovanie-reformy-zdravoohraneniya>

MÜCƏRRƏD.

Səhiyyə dövlətin sosial siyasətinin prioritet istiqamətlərindən birinə aid edilir. Hüquqi tənzimləmə səhiyyə sisteminin idarə olunmasını və məqsədyönlülüyünü təmin edir, sistemin uzunmüddətli inkişaf və maliyyə proqramlarının hazırlanmasına şərait yaradır, sahəyə rəhbərliyin forma və metodlarını təkmilləşdirir.

Hər bir ölkədə iqtisadiyyatın və cəmiyyətin inkişaf səviyyəsi səhiyyə sisteminin təşkilinin təkmilləşdirilməsi və hüquqi tənzimlənməsinin yollarını və üsullarını diqtə edir.

Müasir dövrdə hüquqi-təşkilati və maliyyələşmə xüsusiyyətləri nöqtəyi-nəzərdən səhiyyənin üç əsas sistemini qeyd etmək olar, dövlət, sığorta (tibbi sığortaya əsaslanan) və xüsusi sahibkarlıq. Həm inkişaf etmiş, həm də keçid iqtisadiyyatına malik ölkələrin səhiyyə sahəsində həyata keçirdikləri hüquqi tənzimləmə və islahat təcrübələrinin öyrənilməsi bu sahədə islahatlar həyata keçirməyə hazırlaşan Azərbaycan üçün olduqca vacibdir.

İqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələr səhiyyənin təşkili və hüquqi tənzimlənməsi sahəsində kifayət qədər böyük və uğurlu təcrübə toplamışlar. Bu təcrübənin öyrənilməsi müxtəlif səhiyyə sistemlərinin həm müsbət tərəflərinin və həmçinin çatışmazlıqlarının müəyyən edilməsinə imkan verir. Keçid iqtisadiyyatına malik ölkələrin səhiyyə sistemində apardıqları islahatların tədqiq edilməsi bu sahənin yeni iqtisadi şəraitə adaptasiya edilməsi prosesində ortaya çıxan əsas problemləri qeyd etməyə və onların həlli yollarını müəyyənləşdirməyə şərait yaradır.

Səhiyyə sahəsinin təşkili, islahatların aparılması və hüquqi tənzimlənməsi sahəsində mövcud olan beynəlxalq təcrübə göstərir ki, müxtəlif proporsiyalarla dövlət büdcə sistemi ilə tibbi sığorta sisteminin vəhdəti daha səmərəli formadır.

SUMMARY.

The health care is among the priority directions of social policy of the state. Legal regulation gives to health system controllability and focus, creates conditions for development of the long-term program of development and financing of this system, improves forms and methods of the management of this sphere.

State of the economy and societies in this or that country dictate ways and ways of improvement of the organization of health system and its legal regulation.

From the point of view of organizationally – legal and financial features it is possible to allocate three main health systems operating presently: state, insurance and chasnopredprinimatelsky. Studying of experience of legal regulation and reforming of health sector in the developed countries, and also in countries with economies in transition, is absolutely necessary for successful development of this major social branch in Azerbaijan.

Economically developed countries have saved up rather big and very successful experience of the organization and legal regulation of health sector. Studying of this experience allows to reveal both positive sides of various health systems, and their shortcomings. Research of experience of reforming of health sector in countries with economies in transition gives the chance to allocate the main problems arising in the course of adaptation of this branch to new economic conditions and to define ways and methods of their decision.

The international practice of the organization, reforming and legal regulation of health sector shows that the combination in these or those proportions of the state and budgetary system and system of medical insurance appears the most effective.