**СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В США**

Американское здравоохранение — одна из крупнейших отраслей в стране Расходы на охрану здоровья растут наиболее быстрыми темпами. В 2000 г. американцы истратили на здравоохранение 1 трлн долл., т.е. более 15% валового внутреннего продукта. Больше американцы тратят только на питание и жилье.

Многие экономисты и другие специалисты высказывают озабоченность тем, что столь значительная часть валового внутреннего продукта расходуется на здравоохранение. Ведь если так много денег тратится на медицинские услуги, меньше остается на жилье, еду, одежду и другие жизненно важные товары и услуги. Кроме того, увеличение расходов на здравоохранение произошло преимущественно за счет правительственных программ, а не в частном секторе. Следовательно, пропорционально уменьшилась доля средств, предназначенная на образование, строительство и содержание дорог и т. д. Это не создало бы больших трудностей, если бы экономика находилась в стадии подъема, но становится серьезной проблемой в период спада.

В США индивидуальное страхование почти полностью осуществляется через предоставление страховых пособий по месту работы. Большинство американских трудящихся кроме заработной платы получают разнообразные пособия, которые могут быть разными у работников как одной фирмы, так и разных фирм. Виды и размеры таких пособий, предоставляемых разными работодателями, могут существенно различаться.

Кроме медицинского страхования, существуют пособия работникам в случае потери ими трудоспособности (те наступления инвалидности), страхование жизни (пособие получает семья, если работник умирает до определенного возраста) и пр. Страхование от болезней — это наиболее распространенный вид страхования по месту работы, однако наниматели вовсе не обязаны его предоставлять. Не все американские трудящиеся, даже занятые полный рабочий день, получают такую страховку на работе. Все же наиболее крупные работодатели предоставляют этого рода страхование, и в 1990 г. им было охвачено около 75% населения США.

Существует много разных видов медицинского страхования, которые предлагают те или иные работодатели. До недавнего времени наиболее распространенным видом медицинской страховки было так называемое компенсационное страхование, или страхование платы за услуги. При этой форме страхования работодатель платит страховой компании так называемую страховую премию за каждого работника, обеспеченного соответствующим полисом. Затем страховая компания оплачивает чеки, представленные больницей или другим медицинским учреждением либо врачом. Таким образом оплачиваются услуги, входящие в страховой план. Обычно страховая компания покрывает 80% расходов по лечению, за остальное должен платить сам пациент.

Наиболее часто применяемая альтернатива страхованию платы за услуги — это страхование так называемых управляемых услуг. Число американцев, охваченных этим видом страхования, быстро растет (более 31 млн чел. в 1991 г.). Существует несколько типов такой страховки. Один, известный как "кадровая модель", объединяет всех или, во всяком случае, большую часть медицинских работников, предоставляющих услуги (преимущественно врачей). Другие охватывают больницы и дома для престарелых. Так называемые сети или ассоциации независимых практик подписывают контракты с определенными группами врачей и других медицинских работников и учреждений, включая больницы, на оказание всех услуг; предоставляемых пациентам по этому виду страхования. Обычно эти страховые организации получают некую фиксированную сумму денег — подушевой сбор, который выплачивается заранее за каждого застрахованного пациента.

Различия между двумя описанными типами страхования очень существенны. При страховании платы за услуги медикам оплачивается конкретная стоимость услуг, которые реально предоставляются нуждающимся в них пациентам. При страховании "управляемых услуг" их производители получают только установленную сумму денег на каждого застрахованного пациента, невзирая на то, будут ли предоставлены пациенту дополнительные услуги сверх этой суммы или нет. Таким образом, в первом случае работники системы здравоохранения заинтересованы в привлечении пациентов и предоставлении им разнообразных услуг, тогда как во втором — они скорее будут отговаривать пациентов от назначения им новых процедур, по крайней мере, вряд ли назначат их более, чем необходимо для достижения удовлетворительного самочувствия.

Медицинское страхование аналогично другим видам страхования. Страховая компания рискует, так как человек, который платит взнос, страхуясь от определенных видов риска (таких, как риск заболеть и столкнуться с необходимостью дорогостоящего лечения), может действительно заболеть и потребовать предоставления этих услуг. Человек, покупающий страховку, напротив, рискует, что ему не понадобятся услуги на уплаченную сумму. Когда большая группа людей покупает страховку у одной и той же компании или медицинского учреждения, она формирует "фонд риска". Расходы на предоставление медицинских услуг, которые трудно предвидеть заранее для отдельного пациента, легче оценить для группы людей.

В течение последних 5-10 лет делались энергичные попытки охватить больше людей планами страхования "управляемых услуг", чем традиционным страхованием платы за услуги. Основная причина этого — желание снизить затраты на медицинские услуги или, по меньшей мере, замедлить рост расходов на здравоохранение. Этот рост связан со многими факторами, один из которых — быстрое увеличение доли населения старше 65 лет, а пожилые люди больше, чем молодые, нуждаются в медицинских услугах. В обществе все больше укрепляется мнение, подтверждаемое и результатами исследований, что система оплаты услуг является одним из факторов, стимулирующих расходы на здравоохранение. Так как при этой системе производителям медицинских услуг (больницам, врачам и пр.) выгодно увеличивать их количество, общие расходы растут.

**Программы страхования**

Правительство США в настоящее время оплачивает более 40% расходов на здравоохранение в стране (в 1960 г. — 21%). Очевидно, что за последние 40 лет произошел значительный сдвиг в сторону роста государственных расходов на здравоохранение.

Правительство оплачивает расходы на здравоохранение через две основные программы — «Медикэйд» и «Медикэр». В соответствии с программой «Медикэр» осуществляется страхование всех американцев старше 65 лет, а также тех, кто приближается к этому возрасту и имеет серьезные нарушения здоровья, такие как, например, заболевания почек. Программа «Медикэр» частично финансируется через особый налог на всех работников, определенную долю которого они платят сами, другую же – работодатель. В целом этот налог составляет около 15% дохода занятых американцев. Другая часть «Медикэр» финансируется из общих поступлений подоходного налога.

Программа «Медикэйд» предусматривает страхование нуждающихся американцев, преимущественно женщин и детей из бедных семей. Кроме того, в рамках этой программы оплачивается пребывание в домах престарелых тех, кто требует постоянного ухода и не может обходиться без ежедневной посторонней помощи. Пребывание в домах престарелых обходится очень дорого (до 100 долл. В день), поэтому у большинства нуждающихся в этом людей своих сбережений на эти цели не хватает. Из двух основных групп населения, охваченных действием «Медикэйд», пациенты домов престарелых требуют наиболее дорогостоящих услуг. Поэтому на них уходит большая часть денег по программе

Программа «Медикэйд» финансируется и федеральным правительством, и органами управления штатов. Федеральное правительство оплачивает свою долю расходов по «Медикэйд» из поступлений от общего налога (не специального). Это составляет приблизительно половину всех расходов. Остальное оплачивает правительство каждого штата. Чтобы получать деньги на «Медикэйд» от федерального правительства, администрации штатов должны соблюдать множество правил, законов и требований. Эта политика изменилась после того, как Конгресс в 1966 г. принял закон, реформирующий систему социального обеспечения в США. Теперь каждый штат должен представить федеральному правительству план предоставления медицинских услуг группам населения, охваченным «Медикэйд». После утверждения этого плана штат может использовать федеральные деньги, а также собственные доходы для финансирования медицинских услуг. Программа «Медикэйд» варьируется от штата к штату в зависимости от того, кому конкретно она здесь предназначена, какие услуги оплачивает, и от многого другого. Все это делает данную программу весьма сложной.

**Финансирование сети охраны здоровья**

Как уже отмечалось, большинство американцев страхуется там, где работает. Роль правительства в финансировании услуг здравоохранения состоит в обеспечении сети охраны здоровья для неработающих или для тех, кто, даже работая, не может перешагнуть порог бедности. Люди, застрахованные по этим программам, в основном находятся в том возрасте, когда они уже не в состоянии работать. Это также семьи с маленькими детьми, обычно неполные, когда единственный глава семьи вынужден сидеть дома и ухаживать за ребенком.

Однако есть много американцев, не охваченных никакими видами страхования. Многие из них работают, но их наниматели не обеспечивают их медицинской страховкой. В то же время эти люди слишком молоды, чтобы соответствовать требованиям «Медикэр», в то же время они не относятся к категории необеспеченных и на них не распространяется программа «Медикэйд». По разным оценкам, число незастрахованных американцев колеблется от 20 до 50 млн чел. (8-20% населения). Это составляет предмет большой озабоченности, так как часть этих людей болеет и не может платить за лечение, а если необходимое лечение отложено, то в конечном итоге расходы на медицинские услуги возрастут. Кроме того, если больница или врач будут обслуживать много незастрахованных пациентов, то в конце концов они обанкротятся.

Мы уже отмечали ранее, что частные работодатели все большее предпочтение отдают страхованию «управляемых услуг», главным образом с целью контроля над расходами. Правительственные программы также переходят к «управляемым» медицинским услугам. Во многих штатах бедных получателей «Медикэйд» (но не обязательно обитателей домов престарелых) преимущественно страхуют по планам «управляемых услуг» «Медикэйд», а не по старой системе платы за услуги. Сторонники системы «управляемых услуг» «Медикэйд» утверждают, что эта политика позволяет снижать расходы, контролируя объем предоставляемых услуг и сокращая административные затраты.

Большая часть затрат на медицинские услуги в США покрывается за счет индивидуального медицинского страхования, которое оплачивается работодателями, а также за счет правительства. Но граждане все равно оплачивают значительную часть счетов за медицинские услуги около 20% от общей суммы (164 млрд долл. В 1994 г.).

Большая часть этих затрат идет на покрытие совместного страхования, совместных платежей и отчислений, требуемых страховыми компаниями и программой «Медикэр». Считается, что эти платежи служат механизмом снижения расходов, так как, если работникам надо оплачивать часть счетов самим, они будут меньше обращаться за медицинскими услугами. Во многих случаях, при том, что часть месячного страхового взноса оплачивается работодателем, работники сами платят оставшуюся часть.

Кроме того, что людей заставляют оплачивать часть своей страховки, чтобы снизить спрос на услуги, они также платят за услуги, которые не охватываются страховыми полисами. Это большинство услуг, которые предоставляются не врачами (за исключением тех, которые назначаются врачами) услуги, предлагаемые представителями альтернативной медицины (хиромантами, натуропатами и пр.), услуги медсестер, физиотерапевтов и другие, обычно не оплачиваемые страховыми компаниями и государством.

На протяжении более чем столетия больницы были крупнейшей составной частью индустрии медицинских услуг США. Там работало большинство занятых в этой сфере (медсестры, помощники медсестер, анестезиологи, диетологи и др.), и они получали основную часть денег, затрачиваемых на здравоохранение. Стационарное лечение и сегодня остается наиболее дорогостоящим видом медицинских услуг в США.

Однако в последние 15 лет ситуация постепенно меняется. Несмотря на то, что больницы все еще остаются наиболее важным компонентом индустрии здравоохранения, произошли заметные сдвиги в сторону других учреждений, преимущественно поликлиник, пунктов скорой помощи и домов престарелых. Многие больницы сейчас предлагают и осуществляют лечение в амбулаториях и домах престарелых, а также медицинскую помощь на дому, обслуживая пациентов вне специальных учреждений здравоохранения.

В 1980 г. Около 47% всех расходов на здравоохранение составили затраты на пребывание и лечение в больницах, 20% — на врачебные услуги, многие из которых также были предоставлены в больницах. Только приблизительно 2% пошло на домашнее обслуживание, около 10% — на медикаментозное лечение и, примерно, 10% — на содержание в домах престарелых. Оставшиеся 11% охватывают услуги стоматологов, офтальмологов и др.

В Соединенных Штатах врачи не всегда работают на больницы. Они могут быть независимыми и получать оплату не по счетам больницы, а отдельно.

Но услуги других профессионалов, включая медсестер, физиотерапевтов, анестезиологов и прочих, вносятся в счет больницы, поскольку они являются служащими больниц.

К 1994 г. Расходы на услуги больниц как часть общих расходов США на здравоохранение упали до 40%, расходы на оплату услуг врачей возросли до 22%, около 5% составили расходы на помощь на дому, около 10% — на лечение лекарственными препаратами, 8% — на уход в домах престарелых и оставшиеся 15% — на другие виды услуг, перечисленные выше. Эти изменения могут показаться незначительными, но за ними стоят огромные суммы денег. Четырехпроцентное снижение больничных расходов означает, что десятки миллиардов долларов перешли из больничного в другие секторы здравоохранения. Доли услуг врачей и обслуживания на дому в общей сумме затрат возросли.

Почему же произошли эти изменения? Одна из причин — это изменение порядка компенсаций стоимости больничных услуг. До начала 80-х годов в основе программы «Медикэр» и деятельности большинства частных страховых компаний лежала система платы за услуги. Однако существовали опасения, что больницы старались предлагать как можно больше услуг и задерживать пациентов в стационарах дольше, чем нужно. Это считается одной из главных причин ежегодного десятипроцентного роста расходов на здравоохранение в то время.

Политиками в области здравоохранения был разработан план под названием «Система предполагаемой оплаты» (Procpective Payment System — PPS) для оплаты предоставляемого больницами лечения. По этому плану, который был осуществлен в 1983-1984 гг., больницам выплачивается определенная сумма денег для лечения одного пациента с определенным диагнозом. В этих целях пациентов классифицируют по так называемым «диагностическим ресурсным группам» (Diagnostic Resource Groups — DRG). Сумма, выплачиваемая больницам за лечение пациентов с конкретным диагнозом (например, застойный порок сердца), определяется для всей страны, но колеблется по регионам. За исключением редких случаев, продолжительность пребывания в стационаре и предоставляемое лечение значения при этом не имеют. Раньше больницы были материально заинтересованы держать пациентов в стационаре как можно дольше. При новой системе возмещения убытков они, вероятно, будут стараться быстрее выписать пациента, так как если израсходуют на лечение меньше, чем предусмотрено, то получат доход.

**Дома для престарелых**

Дома для престарелых являются еще одной крупной группой медицинских учреждений в США. В отличие от больниц, где преимущественно оказывают краткосрочную медицинскую помощь по острым показаниям, эти заведения предоставляют длительную помощь хроническим больным. Персонал здесь в основном состоит из медсестер и сиделок, большинство которых являются служащими этих учреждений.

В начале 80-х годов, когда вводилась система предполагаемой оплаты, многие предсказывали, что большая часть расходов на здравоохранение переместится именно в этот сектор. Однако его доля в общей структуре расходов на протяжении последних 15 лет осталась почти неизмененной, прежде всего за счет того, что выросли доли других секторов, особенно медицинского обслуживания на дому. Расходы на последнее быстро растут с начала 80-х годов, далеко опережая затраты на дома престарелых, дорогие и обслуживающие ограниченный круг пациентов.

Люди предпочитают, пока можно, оставаться у себя дома, в привычном окружении. При длительном лечении используются ресурсы, которые не учитываются в качестве части затрат на здравоохранение потому, что многие услуги на местах и дома оказываются друзьями и родственниками пациентов без официальной платы за них. В результате они не включаются в общую сумму затрат Объем таких неофициальных расходов в США оценивается как по меньшей мере равный официальным затратам на медицинские услуги: он составляет около 24 млрд долл.

**Амбулаторное лечение**

В последние 5-10 лет амбулаторное лечение осуществлялось преимущественно через организации «управляемых услуг». Это могут быть финансовые или страховые системы, которые координируют предоставление отдельных видов лечения. Другие организации очень тесно интегрированы и предлагают полный объем амбулаторных услуг: от измерения кровяного давления и иммунизации до мелких операций и консультаций узких специалистов.

Следствием введения системы предполагаемой оплаты для больниц и механизма подушевого обслуживания для поликлиник и отдельных врачей явилось перемещение большой части медицинских услуг из стен крупных медицинских учреждений (больниц и домов для престарелых) в разнообразные более мелкие организации, которые рассеяны по разным районам.

Эти изменения в большой степени вызваны новыми финансовыми механизмами — подушевой и перспективной оплатой, в основе которой лежит система классификации диагнозов. Если взглянуть с этой точки зрения, становится очевидно, что системы финансирования и организации предоставления медицинских услуг находятся между собой в весьма сложной взаимосвязи.

В большинстве случаев страховка покрывает стоимость госпитализации и основные расходы на лечение, но не всегда она распространяется на услуги, оказанные в поликлиниках. Имеются очень существенные различия в том, какие именно услуги, и в каком размере оплачиваются по страховым полисам и из кармана пациента. Например, около 10% медицинских расходов составляют затраты на медикаментозное лечение. В некоторых случаях страховка распространяется только на лекарства, которые пациент получает, находясь в больнице, иногда также и на выписываемые при амбулаторном лечении, но при этом собственные расходы пациента колеблются от 2 до 15 долларов на каждый рецепт. Для больных, нуждающихся, допустим, в десяти препаратах в день, это может вылиться в крупную сумму. Общие расходы на лекарства резко возросли с середины 70-х годов, так как появляется все больше новых препаратов, а ученые открывают новые пути борьбы с болезнями. Но в результате для людей с ограниченным достатком лечение может стать слишком дорогим, настолько, что они не смогут платить за лекарства.

Что касается медикаментозного лечения, многие страховые планы предусматривают разные суммы денег на амбулаторное лечение. Одни полностью покрывают все расходы на амбулаторное лечение. Другие требуют взносов самого пациента, составляющих 20% от общей суммы затрат на лечение, что может равняться нескольким сотням долларов в случаях необходимости дорогостоящего лечения. Выбор того или иного вида страхования часто зависит от самого пациента.

Амбулаторные услуги медленно заменяют стационарное лечение, а помощь на дому — пребывание в домах для престарелых. В огромной степени именно новые механизмы финансирования ведут к изменениям в системе оказания медицинских услуг, являясь одновременно одним из решающих факторов при принятии решений о перечне предлагаемых услуг.

**Список использованной литературы:**

1. USA in brief. Ощепкова В.В. 2007 год.