

Финансовая реформа
системы здравоохранения
Венгрии: управление
переменами

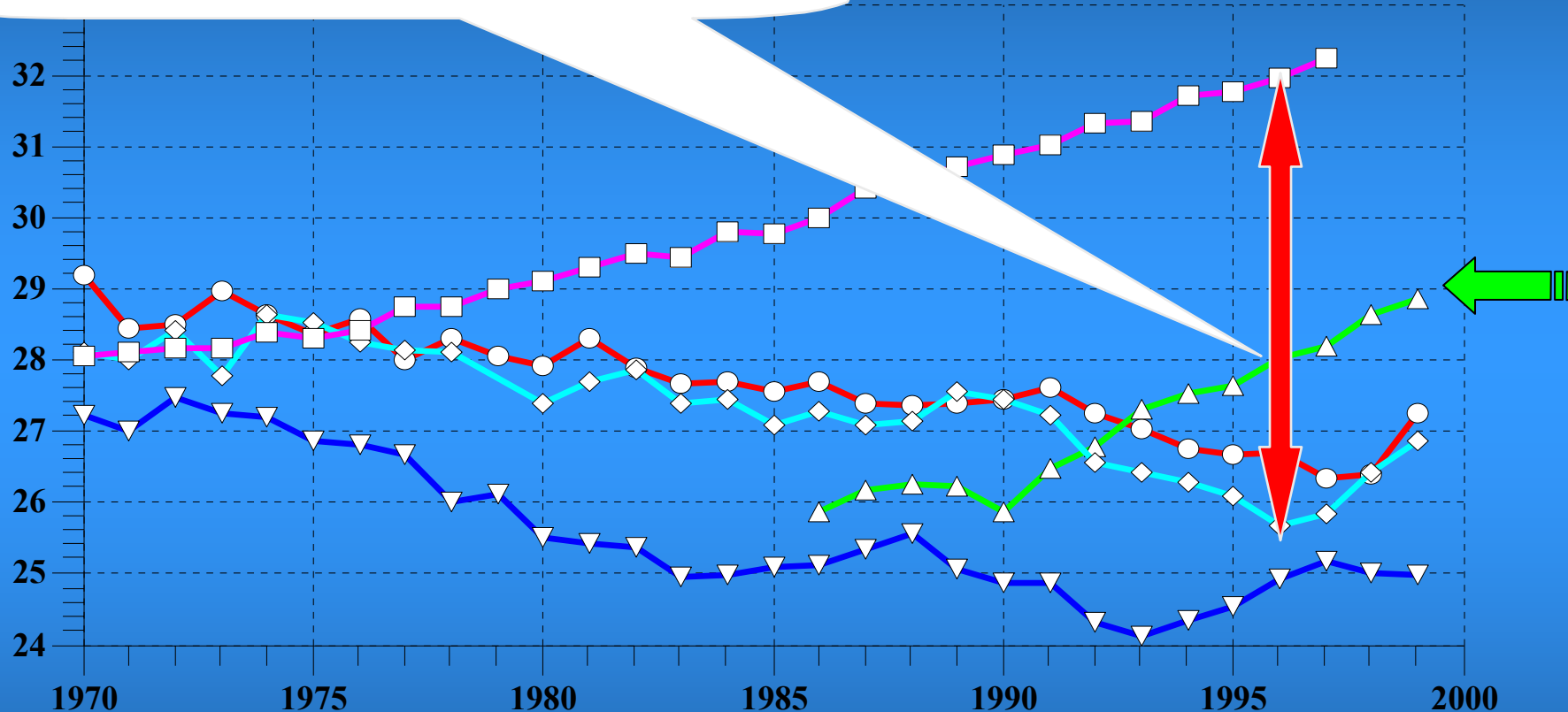
([He] сделанные выводы)

Профессор Тивадар Л. Мико

д-р мед. наук, член Королевского общества по
тропической медицине и гигиене; член-
корреспондент Ассоциации клинической патологии

Ожидаемая продолжительность жизни для *мужчин* в возр. 45 лет (показана в годах)

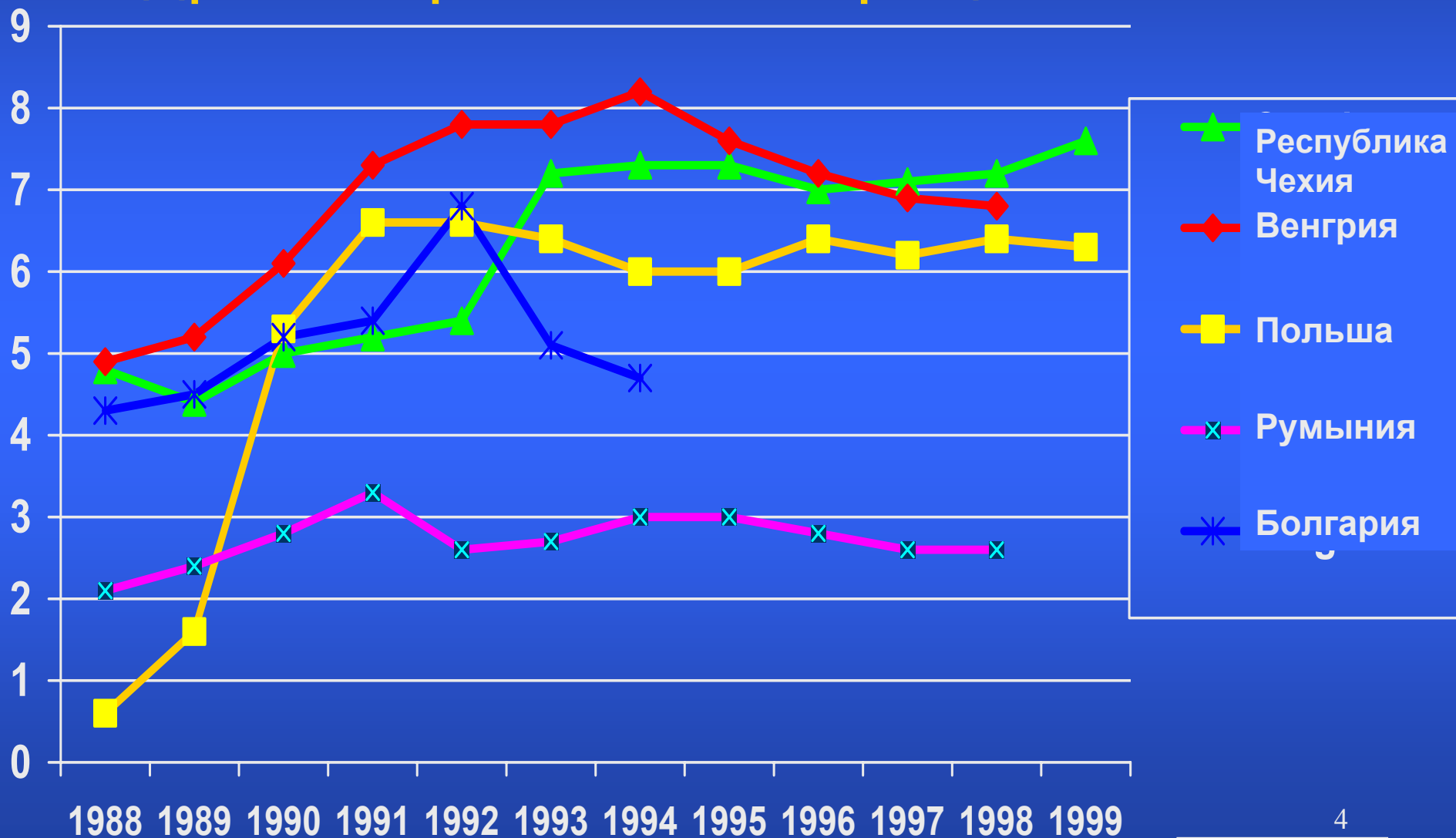
Расх. по ожид. прод. жизни



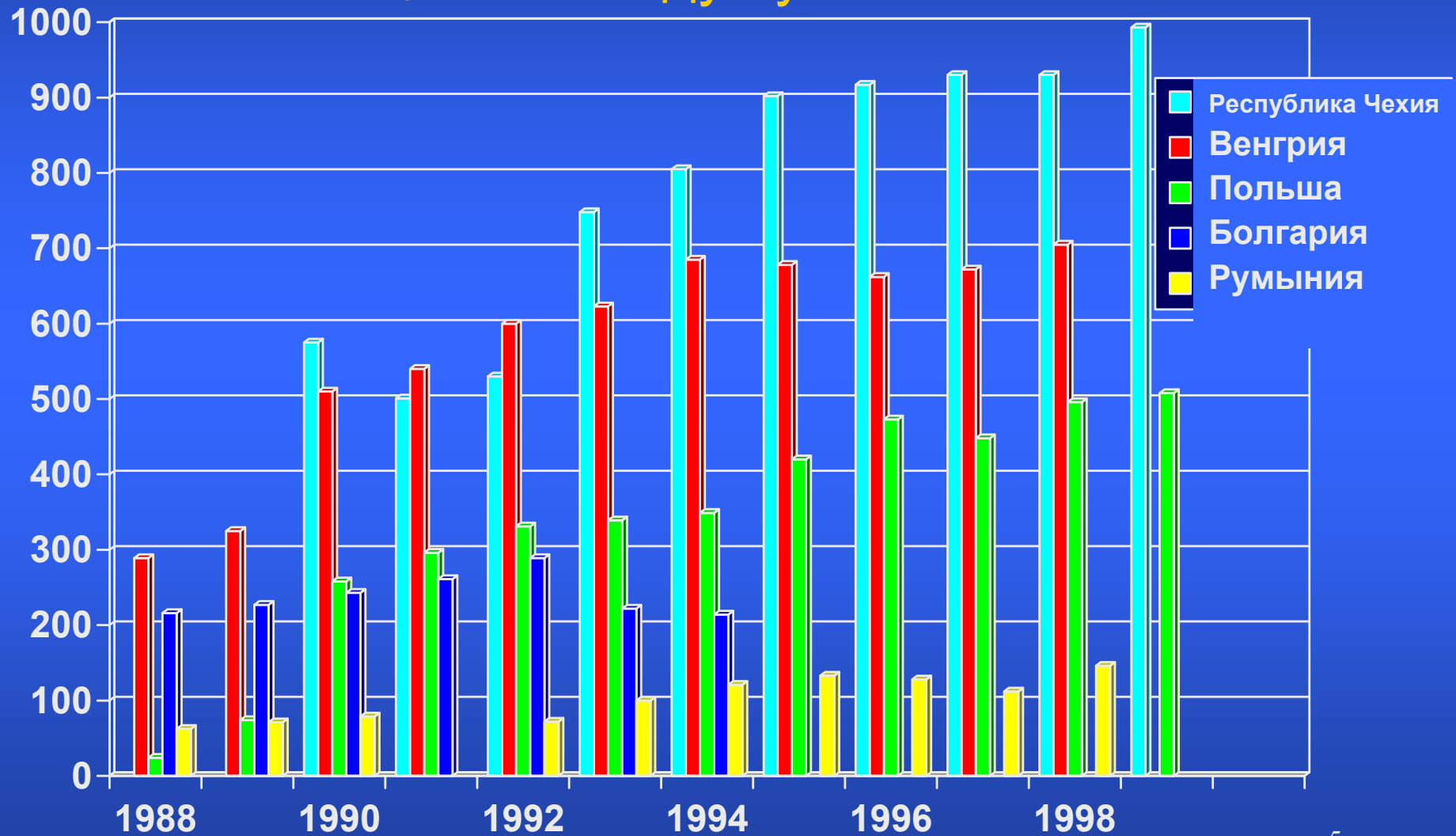
Дополнительные проблемы в сфере здравоохранения

- Широко распространенное в частном секторе **уклонение от уплаты налогов** привело к **недостатку средств** и к росту бремени, которое ложится на лиц, занятых в государственном секторе.
- **Получатели благ в рамках схемы свободного распределения** (5-7 % от численности населения) **злоупотребляют своим положением**: например, потребление лекарств в этой группе в 7,5 раз выше, чем среди остального населения.
- Внедрение методов оплаты по типу **оплата за услугу** (например DRG, немецкая система пунктов) привели к **значительному повышению отдачи, что угрожает устойчивости системы страхования.**

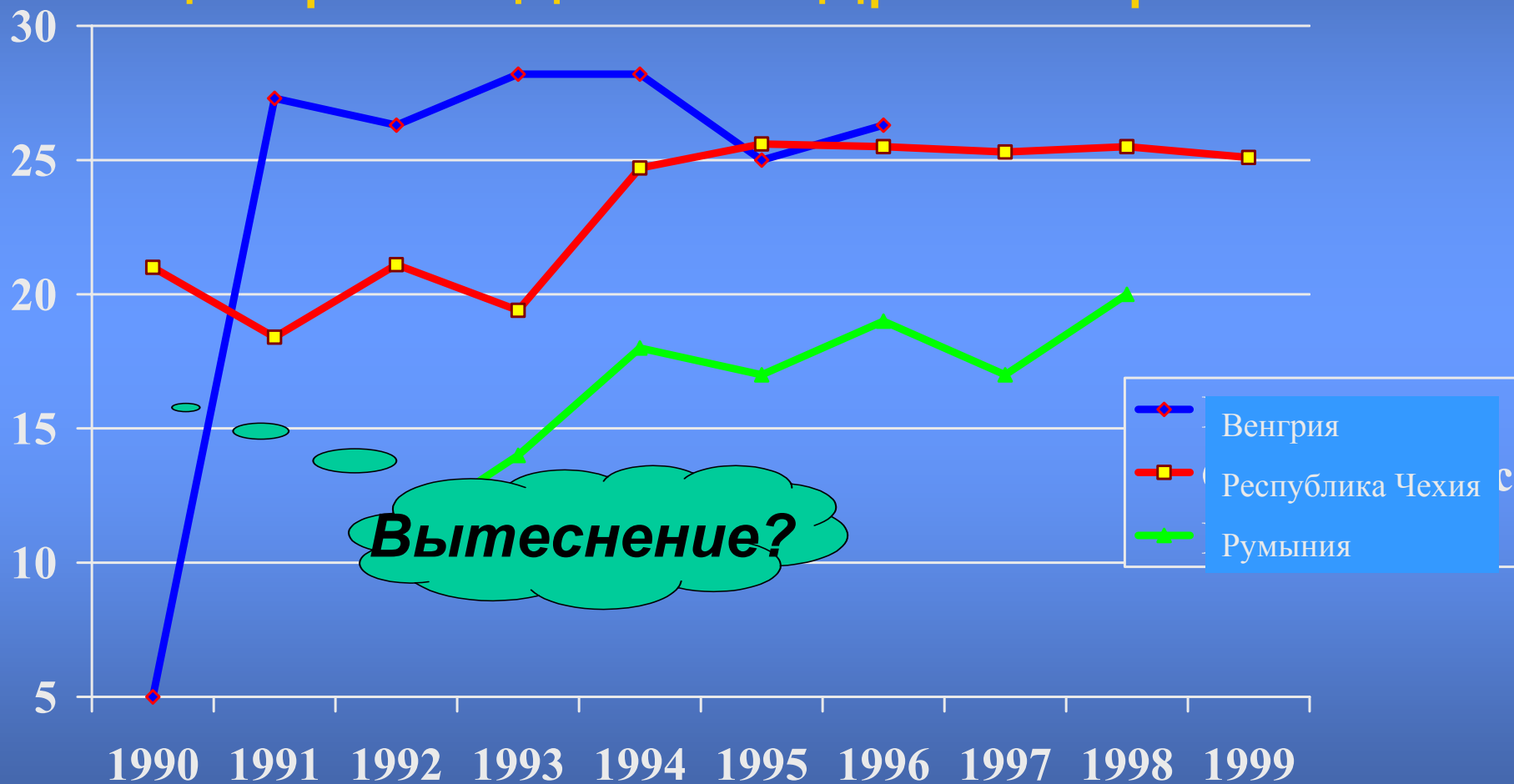
Общий объем расходов на здравоохранение, в процентах ВВП



Общий объем расходов на здравоохранение, в US \$ ппс / на душу населения



Расходы на фармацевтические препараты как процентная доля от общих расходов на здравоохранение



Вытеснение?

Усилия по сокращению расходов: история достижения частичного успеха

- **Бюджет с ограничением по объему** с плавающими показателями в пунктах был введен для всех подчиненных бюджетов с 1998 г.
 - **Квази-ограниченный бюджет** на лекарственные препараты, медицинское оборудование и курортное обслуживание приводит к **эффекту вытеснения**.
- **Сокращение числа больничных коек** (для острых состояний).
 - **Кол-во коек упало** на 18 тысяч в 1990 по 1998 г.
- В системе возмещения расходов на приобретение медикаментов и медицинского оборудования растет доля **распределяемых затрат**.
- **Выведение из списков** определенных видов **услуг**, стоматологических, услуг окулистов, и т. д.
- Внедрение **добровольного дополнительного страхования** (почти не действует).

Отсутствие эффективности на макроэкономическом уровне

- **Излишек** врачей и специалистов при **недостатке** медсестер, техников и сотрудников скорой помощи:

»	на 1,000 чел. насел.	
специалистов	2.7	(ср. по ЕС 1.3)
терапевтов	0.7	(ср. по ЕС 0.8)

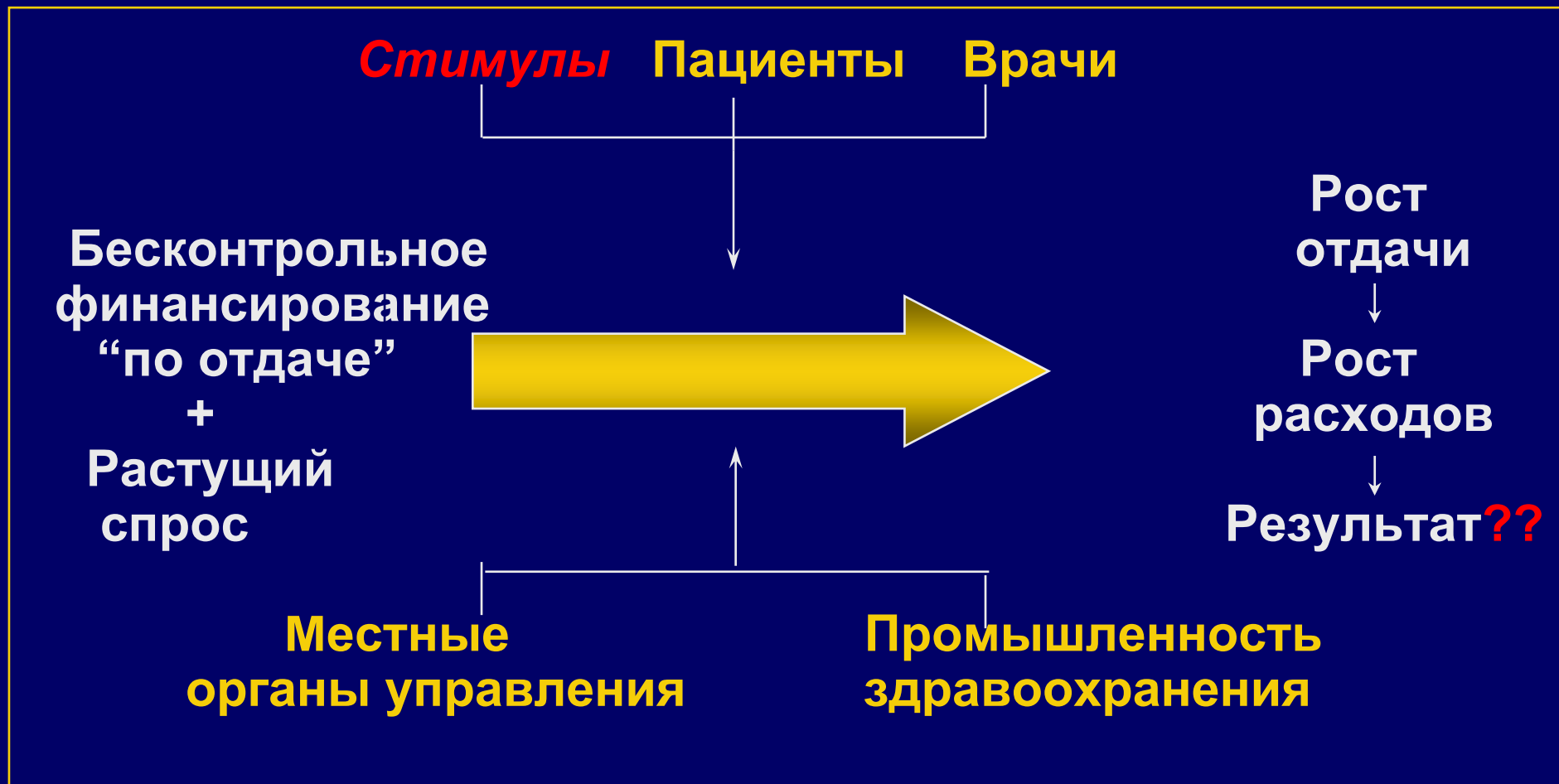
**Искажения усугубились за последние 10 лет :
высокий набор студентов в медицинские ВУЗы.**

- **По прежнему имеется излишек больничных коек для острых состояний** (после 1998 г.):
 - Всего больничных коек на 1,000 чел.: **8.3** (ср. по ОЭСР: 7.8)
 - Коек для острых сост. на 1,000 чел.: **5.8** (ср. по ОЭСР : 4.4)
 - Коек в расчете на 1 б-цу : **537** (Англия: 187, Австрия: 225, Нидерланды: 308)
 - Домов прест. и инв. на 10,000 чел.: **1.0** (ср. по ОЭСР : 2.7)

Отсутствие эффективности на микроэкономическом уровне

- **Отсутствие эффективного “привратника” в сфере первичного медицинского обслуживания :**
 - В 1995 г. только **30 %** посещений врача представляли собой визиты пациентов к врачам общей практики (Обзор NHIF)
 - Второе место по количеству посещений врача на душу населения в год (**14.6**) среди стран - членов ОЭСР (статистика ОЭСР, 2000 г.)
 - Слишком много направлений по собственному желанию (**50-60% от общего числа пациентов**) на вторичное и третичное обслуживание. (отчет Фэре)
- **Медленные изменения в культуре :**
 - **Медицина, основанная на научных данных**, мало влияет на качество и эффективность лечения.
 - **Критерии эффективности затрат** вызывают противодействие со стороны большинства поставщиков услуг.

Все силы двигают систему здравоохранения в одном и том же (неправильном) направлении
Единственный шанс : Изменение стимулов!



СЛАЙДЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

СЛАЙДЫ 11 - 17

История медицинского страхования в Венгрии

- **1888-1948 гг.** Обязательное **социальное страхование** по модели **Бисмарка**.
- **1948 - 1989 гг.** Смешанная система. Модель Бисмарка постепенно заменяется **моделью Семашко** (Советская система) с достижением полного охвата к 1975 г.
- **1989-2002 гг. Назад к Бисмарку** - обязательное медицинское страхование : **единственный плательщик - Фонд медицинского страхования**.
 - Продолжаются политические дебаты о переходе к **множественной** (частной) **системе страхования** и **приватизации** услуг.
 - (Либерализация рынка медицинского обслуживания привела к **возникновению новых и влиятельных заинтересованных сторон** - лоббирующих интересы фармацевтической промышленности, производителей медицинского оборудования, и т. п.)

Обзор положения в Венгрии (источник : CSO)

Достаточно гладкий экономический переход, но
растет разница в ожидаемой продолжительности
жизни между ЕС и Венгрией (7- 8 лет)

Население : 10,169 миллионов (2002 г.)

– рост населения : -0.3 % (с 1992 по 1998 г.)

ВВП / на душу населения : 12 213 \$ ппс в 2000 г.

Темп инфляции: 18.3 % в 1997 г. и 5.6 % в 2002 г.
(май)

Ежегодные темпы роста (ВВП) : 2.9 % в 2002 г. (1-й
квартал)

Уровень безработицы : 5,7 % в 2002 г. (1-ое полугод.)

– Ниже, чем средний показатель по ЕС

Макроэкономические данные

- **Общий объем расходов на здравоохранение (1998 г.):**
(в том числе неформальные платежи и некоторые виды социального обслуживания)

7 - 7.5 % ВВП

- **Расходы на здравоохранение на душу населения**
(1998 г., НФА):

US\$ 705 ППС

выше, чем в большинстве стран, в прошлом имевших социалистическую экономику, но один из самых низких показателей по ОЭСР

➤ Ср. по ОЭСР	US\$ 1,558
➤ Великобритания	US\$ 1,347
➤ Польша	US\$ 371
➤ Южная Корея	US\$ 587

Получатели благ в рамках схемы свободного распределения злоупотребляют своим положением:

Прямые расходы на мед. обслуживание как процент от чистого годового дохода на душу населения

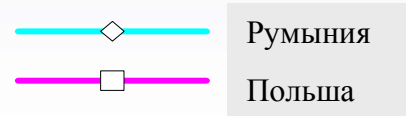
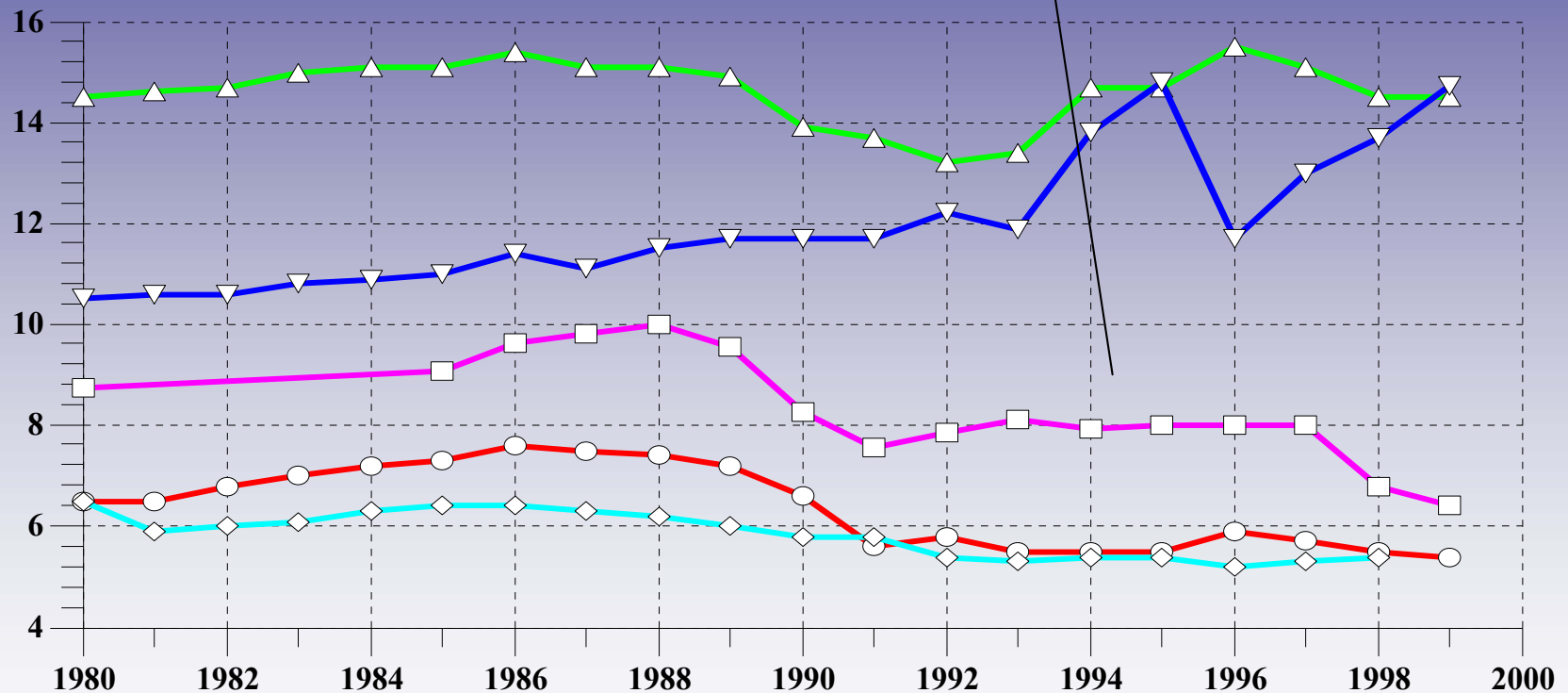


Система свободного распределения

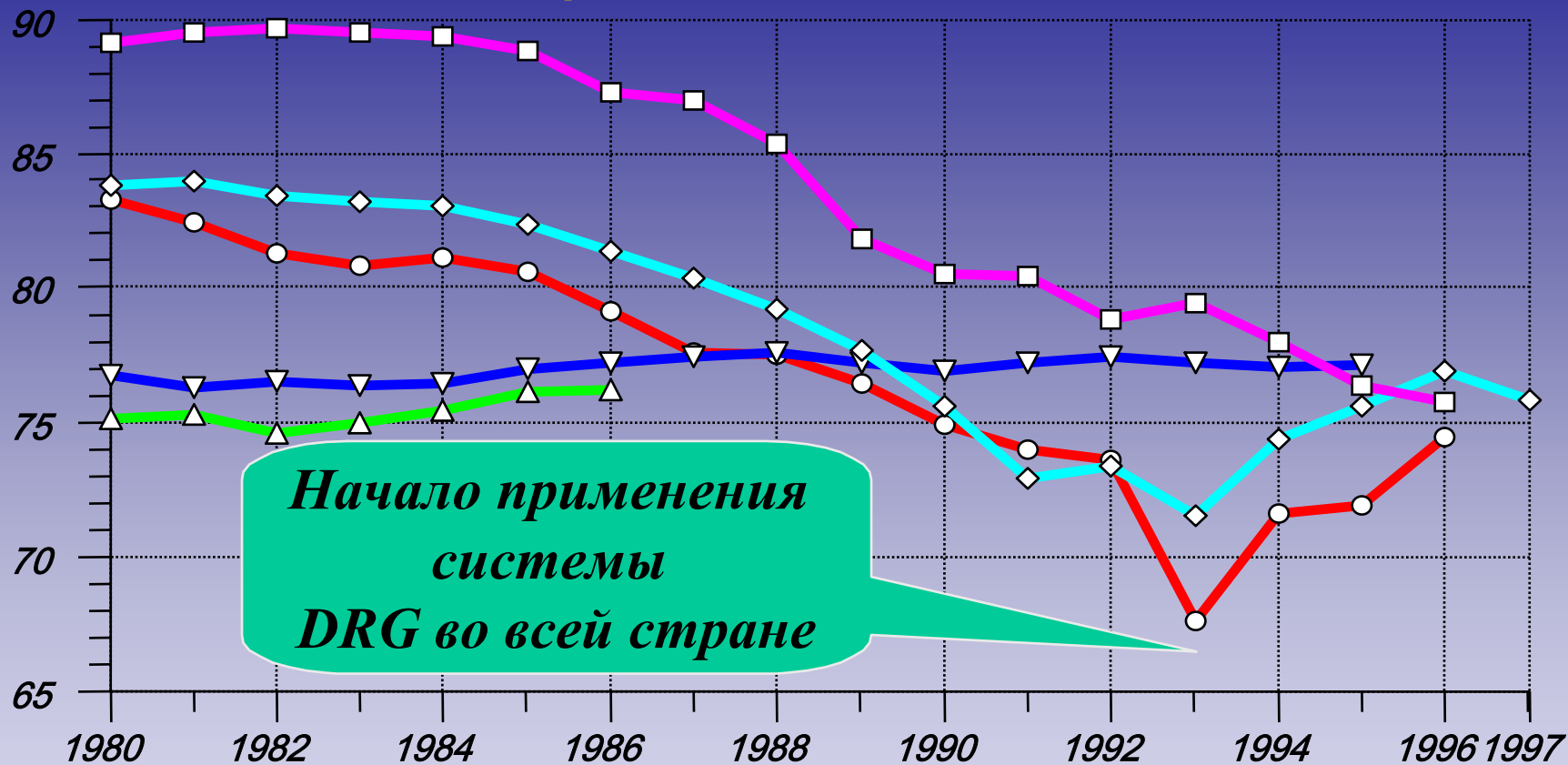
- охватывает малообеспеченных : (5-7 % от численности населения)
- Возмещение совместных платежей для “обладателей карточек”
- **нежелательные побочные эффекты: чрезмерно активное использование :**
 - потребление лекарств в этой группе в 7,5 раз выше;
 - 16 % всей совместной оплаты медицинских препаратов по стране входит в эту схему.

Число контактов с амбулаторными пациентами / на пациента / в год

Начало применения немецкой системы пунктов



Процент занятости коек в больницах для острых состояний



Начало применения системы DRG во всей стране

- Венгрия
- △ Великобритания
- ▽ Ср. по ЕС
- ◇ Ср. по ЦВЕ
- Ср. по ННГ