

# КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТРАН МИРА

*А.Ю. СЕМЕНОВА, ассистент кафедры экологии моря,  
Керченский государственный морской технологический университет.  
e-mail: selivan\_anna@mail.ru*

## Аннотация

В статье рассмотрены основные модели систем здравоохранения в мировой практике, представлены преимущества, недостатки и возможности применения каждой модели. На основе проведенного анализа эффективных практик функционирования систем здравоохранения ведущих стран мира, а также стран, которые сегодня находятся на разных этапах реформирования медицинской сферы, определены принципы, использование которых позволит сформировать оптимальную систему здравоохранения в России с учетом исторических предпосылок и специфики развития демографических и социальных процессов.

**Ключевые слова:** компаративный анализ, эффективность, система здравоохранения, здоровье нации.

Современные экономические реалии свидетельствуют, что благополучие и процветание нации возможно лишь при условии сохранения и приумножения человеческого капитала, который напрямую зависит от состояния здоровья населения, определяемого как приоритет и детерминанта социально-экономической политики государства. Однако, несмотря на большое внимание со стороны правительства и разработку целого ряда стратегических и программных документов, система здравоохранения Российской Федерации на сегодняшний день находится в кризисном состоянии, что обусловлено целым рядом причин, наиболее значимыми из которых являются: дефицитное финансирование и, как следствие, недостаток квалифицированных кадров ввиду низкой заработной платы работников медицинской сферы, слабая материально-техническая база медицинских учреждений, противоречие между понятием

«бесплатное здравоохранение» и наличием повсеместной платности медицинских услуг. Ввиду изложенного особую актуальность приобретает формирование оптимальной модели системы здравоохранения на основе анализа и систематизации опыта развитых стран мира с учетом исторических предпосылок и специфики развития демографических и социальных процессов в современной России.

Целью статьи является проведение компаративного анализа эффективности систем здравоохранения стран мира для формирования собственной модели обеспечения здоровья нации.

Формирование здравоохранения как отрасли, которая занимается предоставлением медицинских услуг, в европейских странах произошло во второй половине XIX в. К этому времени вся система оказания медицинских услуг замыкалась на уровне отношений между врачом и пациентом, а роль государственных властей в основном сводилась к элементам реагирования на отрицательные последствия таких отношений с точки зрения ответственности по уголовному праву [1].

Медицинское страхование возникло как добровольное общественное страхование. Первые появившиеся страховые кассы были общественными организациями. По мере того, как система развивалась, некоторые фонды не только оплачивали услуги любых врачей, но также заключали договора с отдельными врачами о предоставлении регулярной медицинской помощи для членов фонда, а затем даже стали создавать больницы, принадлежащие фондам, и нанимать на работу врачей [2].

Первые наглядные примеры такого подхода связаны с Германией, где медицинское страхование получило практическое распространение еще в 1845 г. В дальнейшем необходимость предоставления гарантий защищенности всех граждан привела к тому, что в 1883 г. обязательность медицинского страхо-

вания по болезни была расширена на все население Германии. В 1884 г. был принят закон о медицинском страховании несчастных случаев, а в 1889 г. – по старости и инвалидности [6].

Преимущественно государственная система здравоохранения развивалась как направление социальной политики государства. В итоге государство усилило свое влияние и расширило контроль над деятельностью медицинских и страховых организаций.

Так, система здравоохранения Великой Британии в свое время создавалась с учетом советского опыта. Практика организации системы здравоохранения Великобритании засвидетельствовала ее высокую эффективность и доступность при относительно небольших затратах на оказание медицинской помощи. Основная часть средств здесь поступает из госбюджета и распределяется по управленческой вертикали. Централизованное финансирование способствует сдерживанию роста стоимости лечения. В то же время весомым недостатком бюджетного финансирования здравоохранения является риск монополизма, игнорирование потребностей пациентов и, часто, отсутствие вариантов выбора врача и медицинского учреждения.

На данный момент для стран ЕС характерно существование двух основных моделей государственного финансирования сферы здравоохранения. Одна из них – модель обязательного социального медицинского страхования, другая – модель, финансирование которой осуществляется за счет общих налогов. Однако в пределах каждой из этих моделей могут существовать определенные дополнительные положения. Например, для обеих систем могут существовать вариации уровней добровольных взносов. Например, в Англии существует национальная система здравоохранения, основанная на общих налогах, которая предоставляет услуги через структуру трастов; во Франции действует система социального страхования, которая характеризуется высоким уровнем централизации; а модель, принятая в Германии, базируется на страховой системе с привлечением нескольких, независимых друг от друга, страховых фондов и системы двойного финансирования для больниц [5].

Реализация права человека на качественные медицинские услуги приводит к общей направленности политики государства в России на реформирование действующей системы здравоохранения и создание эффективной национальной модели. Решению этой задачи способствует анализ опыта организации

медицинской сферы в странах, системы здравоохранения которых признаны успешными.

Источником для определения принципов, необходимых для создания эффективной системы здравоохранения, может стать опыт развитых стран мира. В мировой практике общественного здравоохранения и медицинского обеспечения на сегодняшний день существуют четыре основные модели системы здравоохранения.

- модель предпочтения потребителей (частная система здравоохранения);
- модель Бисмарка (социально ориентированная система здравоохранения);
- модель Бевериджа (государственная система здравоохранения);
- модель Семашко [8].

Каждая из упомянутых моделей имеет свои преимущества и недостатки (см. таблицу).

Как показывает международный опыт, реформа системы здравоохранения является непростым процессом, поскольку касается всех граждан, к ее реализации причастны многие институты, которые часто имеют противоречивые интересы. Реформа здравоохранения требует анализа существующей системы здравоохранения и четкого видения новой концепции с учетом реальных экономических, культурных и политических особенностей страны. Нужно также учесть мировой опыт, в первую очередь опыт стран, достижения которых признаны мировым сообществом (США, Франция, Италия, ФРГ, Финляндия, Австрия и др.), а также тех государств, которые недавно прошли путь такого реформирования (Польша, Эстония, Чехия и др.).

Приведенные материалы позволяют увидеть, во-первых, что в подавляющем большинстве стран ЕС система здравоохранения имеет децентрализованный характер, во-вторых, – во всех без исключения странах в том или ином виде применяется медицинское страхование на случай болезни или инвалидности. Следует отметить, что для определения уровня проблем, связанных со здоровьем, в странах ЕС регулярно проводятся опросы и формируются общегосударственные отчеты о состоянии здоровья, физического здоровья, психологического здоровья, употреблении вредных веществ, питания [4].

Следовательно, путь к формированию в РФ эффективной модели здравоохранения заключается в создании и развитии социального страхования, налаживании взаимодействия государства, частного сектора и самих граждан. При этом очень большие полномочия в сфере охраны здоровья упомянутых стран от-

Сравнительная характеристика моделей управления системой здравоохранения

Модель	Преимущества	Недостатки	Страны, имплементировавшие модель
1	2	3	4
Предпочтения потребителей	<p>1. Для потребителей – возможность выбора максимально эффективных услуг в рамках бюджета, отсутствие ограничений в объеме услуг, клиентоориентированность, возможность самому определять необходимый спектр услуг, повышения уровня ответственности за свой образ жизни.</p> <p>2. Для государства – снижение расходов, уменьшение административных барьеров, стимулирование экономики.</p> <p>3. Для учреждений системы охраны здоровья – возможность самостоятельно развиваться, проводить исследования, экспериментировать.</p>	<p>1. Для потребителей – поддержка неравного доступа к лечению, высокие цены, создание очагов напряженности и неблагоприятия.</p> <p>2. Для государства – риск монополизации, коррупции, недобросовестной конкуренции, проблема обеспечения малоимущих граждан, рост социальной напряженности.</p> <p>3. Для учреждений системы охраны здоровья – рост конкуренции, ориентированность на прибыль в ущерб развитию системы здравоохранения, неравномерность развития.</p>	<p>Грузия, США, Молдова</p>
Бисмарка	<p>1. Для потребителей – наличие стандартов, регулирование рынка, гарантированный минимум услуг, возможность за отдельную плату получить желаемый уровень сервиса.</p> <p>2. Для государства – снижение социальной напряженности, улучшение общего благосостояния, отсутствие неравномерности в предоставлении медицинских услуг, контроль качества и параметров развития системы здравоохранения.</p> <p>3. Для учреждений системы охраны здоровья – возможность самостоятельно развиваться, наличие поддержки со стороны государства, высокие стандарты качества медицинских услуг и необходимость развития для соответствия.</p>	<p>1. Для потребителей – необходимость оплачивать лечение неблагоприятных слоев населения, снижение уровня ответственности за свое здоровье, бюрократизированность и загромождения в доступе к специалистам в удобное время, высокие цены.</p> <p>2. Для государства – нагрузка на бюджет, необходимость администрирования сетей учреждений охраны здоровья, полная ответственность за систему охраны здоровья.</p> <p>3. Для учреждений системы охраны здоровья – недостаток конкуренции, чрезмерное регулирование.</p>	<p>Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Нидерланды, Швейцария, Япония</p>

Окончание таблицы

1	2	3	4
Бевериджа	<p>1. Для потребителей – наличие унифицированных стандартов, гарантированный большой спектр услуг, возможность на региональном уровне влиять на систему в зависимости от потребностей жителей регионов, кастомизированность системы.</p> <p>2. Для государства – снижение социальной напряженности, улучшение общего благосостояния, отсутствие неравномерности в предоставлении медицинских услуг, контроль качества и параметров развития системы здравоохранения, отсутствие необходимости изыскивать дополнительные денежные средства.</p> <p>3. Для учреждений системы охраны здоровья – наличие поддержки со стороны государства, высокие стандарты качества медицинских услуг.</p>	<p>1. Для потребителей – высокая цена системы (через налогообложение), снижение уровня ответственности за свое здоровье, бюрократизированность и затруднения в доступе к специалистам в удобное время, отсутствие конкуренции за клиента.</p> <p>2. Для государства – нагрузка на бюджет, необходимость администрирования сетей учреждений охраны здоровья, полная ответственность за систему охраны здоровья, бюрократизированность, полное отсутствие рыночных механизмов конкуренции, риски коррупции и неэффективности.</p> <p>3. Для учреждений системы охраны здоровья – недостаток конкуренции, чрезмерное регулирование, отсутствие стимулов для развития</p>	<p>Страны Скандинавии, Ирландия, Великобритания, Греция, Португалия, Испания</p>
Семашко	<p>1. Для потребителей – гарантированный весь спектр услуг, систематическое внимание к здоровью со стороны государства, развитая система поддержки здоровья (поликлиники, профилатории, санатории, система поддержки достойных условий труда), высокий уровень социальных гарантий.</p> <p>2. Для государства – снижение социальной напряженности, улучшение общего благосостояния населения, отсутствие неравномерности в предоставлении медицинских услуг, контроль качества и параметров развития системы здравоохранения.</p> <p>3. Для учреждений системы охраны здоровья – наличие широкой поддержки со стороны государства, высокие стандарты качества медицинских услуг, отсутствие зависимости от ограниченных бюджетов, снижение нагрузки на специалистов, поддержка научных исследований.</p>	<p>1. Для потребителей – безальтернативность предоставляемых услуг, жесткая привязка к конкретным учреждениям по месту жительства или работы, снижение уровня ответственности за свое здоровье, бюрократизированность и затруднения в доступе к специалистам в удобное время, отсутствие конкуренции за клиента.</p> <p>2. Для государства – колоссальная нагрузка на бюджет, необходимость администрирования сетей учреждений охраны здоровья, полная ответственность за систему охраны здоровья, бюрократизированность, полное отсутствие рыночных механизмов конкуренции, риски неэффективности, устаревание и отставание из-за бюрократических процедур схем лечения и техники.</p> <p>3. Для учреждений системы охраны здоровья – недостаток конкуренции, чрезмерное регулирование, отсутствие стимулов для развития.</p>	<p>Практически отсутствует, в прошлом – СССР, социалистические страны.</p>

Источник: составлена автором по [2, 4, 5, 8, 9].

носятся к местной власти и органам местного самоуправления, а за государством остается вопрос общего планирования, а также финансового и правового контроля.

Страны, системы здравоохранения которых были сформированы по модели Семашко, находятся сейчас на разных этапах реформирования медицинской сферы на страховых или комбинированных началах. Это прежде всего страны СНГ, а также Восточной Европы. Систему страховой медицины из числа постсоветских стран ввели Молдова, Эстония, Грузия, Кыргызстан, Литва, Россия.

Продолжая обзор моделей систем здравоохранения, отметим, что кроме указанных существуют и другие типологии. Так, российский исследователь С. В. Шишкин предлагает различать три основных типа систем здравоохранения: утилитарную; коммунитарную; либеральную [7].

Существующие модели систем здравоохранения учитывают, как правило, не только эволюционный характер развития систем здравоохранения, но и принципы их функционирования. Наиболее рациональным нам видится подход отечественного ученого, профессора Ю. Лисицина, который предложил типологию систем и моделей систем здравоохранения, основанную на социально-экономических основах, а именно на источниках средств обеспечения системы здравоохранения [3]. Реформа здравоохранения в России основывается именно на данной методологии, которая является общепринятой. Однако в своем сегодняшнем виде российская система здравоохранения по основным признакам не может быть отнесена ни к одной из перечисленных моделей, поскольку за последние годы она окончательно потеряла признаки социалистической, но все еще не получила всех свойств страховой.

Интересным является грузинский опыт реформирования здравоохранения. Правительство Грузии в ноябре 2009 г. приняло ряд законодательных изменений, которые устраняли торговые барьеры, стимулировали конкуренцию и расширяли возможности для импорта лекарств. Процессы реформирования в грузинской системе здравоохранения опирались на три основных блока: первый касался деятельности больниц, второй – участия государства в обеспечении лечения пациентов, третий – изменения в фармацевтическом секторе.

Реформа в Грузии пошла по пути сотрудничества государственного и частного секторов, не имея целью получения выгоды от привати-

зации больниц и поликлиник. Инвесторы переоборудовали их в Тбилиси и региональных центрах, для того чтобы создать такое количество койко-мест, которое требовали условия тендеров. После этого больницы переходили в собственность инвесторов с обязательством предоставлять определенный набор медицинских услуг как минимум в течение семи лет. Они могли использовать любую еще незадействованную недвижимость или оборудование старых больниц и поликлиник для своих коммерческих целей. Передача здравоохранения частному сектору позволила увеличить конкуренцию, расширить выбор для пациентов и соответственно привела к оказанию медицинских услуг высокого качества.

Система медицинского страхования предусматривала приобретение и наличие страховых ваучеров, покрывавших стоимость базового набора медицинских услуг в частной страховой компании. Человек получал возможность приобрести страховой полис или остаться без медицинской страховки. Через государственную программу это позволило обеспечить медицинским страхованием социально незащищенные слои населения Грузии. Общая доля граждан Грузии, которые были застрахованы за счет госбюджета, составила 50% (пенсионеры, студенты высших учебных заведений, дети в возрасте до 6 лет, граждане до 18 лет с ограниченными физическими возможностями и др.) [8].

Новая фармацевтическая политика имела следующие задачи:

- во-первых, упростить допуск на рынок лекарств, которые разрешено продавать в других развитых странах, в частности в ЕС;
- во-вторых, упростить процесс импортирования лекарственных средств;
- в-третьих, дерегулировать розничное звено, что позволит упростить процедуру открытия аптек и реализацию препаратов и изделий медицинского назначения в других заведениях торговой сети страны.

Была упрощена процедура открытия аптек, безрецептурные медикаменты было разрешено реализовывать не только в аптеках, но и в других специально отведенных местах. Регистрационные процедуры были упрощены путем введения автоматической регистрации препаратов и изделий медицинского назначения, признанных Европейским медицинским агентством, Управлением по контролю над пищевыми продуктами и лекарственными средствами США и другими регуляторами оборота препаратов за границей.

Сегодня в Грузии более 80% медицинских учреждений негосударственной формы собственности, которые финансируются и управляются частными компаниями. Именно участие страховых компаний в системе здравоохранения изменило ситуацию таким образом, что продуктом такой системы стал не процесс лечения пациента, а именно забота о здоровье каждого гражданина. По оценкам грузинских медицинских экспертов, благодаря реформе стоимость медицинских услуг снизилась на 40%, а доля неформальных платежей в расходах страны на здравоохранение снизилась с 40% до менее чем 5%. Такой показатель, как коэффициент младенческой смертности, значительно снизился, а ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 71 до 74,5 года [8].

Еще одной страной, которая достаточно успешно реформировала медицинскую сферу, является Молдова. В 2003 г. правительством этой страны была создана Национальная медицинская страховая компания и был выбран путь формирования страховой медицины на основе солидарного финансирования (модель Бисмарка). Согласно этой модели, государственную медицинскую страховку платят в равных долях работник и работодатель. В то же время были определены 15 категорий людей, страховку для которых полностью оплачивает государство (дети, пенсионеры, инвалиды, многодетные семьи), также определенные категории лечатся исключительно за счет государства, что предусмотрено принятыми государственными программами.

Медицинские учреждения работают в режиме полной автономии, а не через государственное казначейство. Ежегодно Национальная страховая компания, Минздрав и профсоюзы подписывают меморандум, в котором четко определено распределение средств в страховой компании. Кроме того, работу компании контролирует Административный совет, в который входят представители президента, парламента, Минфина, МОЗ, профсоюзов, объединений работодателей и пациентов. Страховая компания подотчетна правительству и парламенту, а также подконтрольна счетной палате. Только за один год внедрения государственной страховой медицины финансирование отрасли в Молдове увеличилось на 20% [9].

Тщательное изучение ситуации показывает, что системы здравоохранения почти во

всех странах мира сталкиваются с проблемами роста затрат, недоступности медицинской помощи для части населения, нормирования услуг, дефицита современных медицинских технологий и низкой эффективности. То есть универсальной модели организации здравоохранения, пригодной для всех, не существует. Уровень централизации, регулирования, распределения затрат между всеми гражданами, а также роль частного страхования в сфере медицинских услуг в разных странах сильно варьируется.

Страны, государственным системам здравоохранения которых удается избежать серьезных проблем такого рода, добиваются успеха именно потому, что снижают государственный контроль и расширяют сферу действия рыночных механизмов. Именно отход от централизованного государственного контроля и перевод здравоохранения на рыночную основу следует признать подавляющей общемировой тенденцией.

Необходимо также отметить, что наличие медицинского страхования не является равнозначным всеобщему доступу к услугам здравоохранения. На практике во многих странах страхованием охвачено почти все население страны, но медицинские услуги в ее рамках ограничиваются или людям приходится долго ждать очереди на лечение.

Итак, на основе проведенного анализа эффективных практик функционирования систем здравоохранения ведущих стран мира, а также стран, которые сегодня находятся на разных этапах реформирования медицинской сферы, можно определить принципы, использование которых имеет большое значение для формирования национальной системы здравоохранения в России. С учетом результатов анализа основой эффективной системы здравоохранения должны быть:

- взаимодействие государства, частного сектора и самих граждан;
- распределение полномочий в сфере здравоохранения между государством и органами местного самоуправления;
- организация системы здравоохранения на основе высокой конкуренции и ориентации на потребности потребителя;
- доступность медицинской услуги, удобство ее получения и эффективного использования имеющихся ресурсов;
- создание и развитие системы медицинского страхования.

### **Библиографический список**

1. *Губина М.А.* Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт: автореф. дисс. канд. экон. наук. СПб., 2009.
2. *Комаров Ю.М.* Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения // Вестник государственного социального страхования. 2005. № 1. С. 65-75.
3. *Лисицын Ю.П.* Медицинское страхование / Ю.П. Лисицын, В.И. Стародубов, В.В. Гришин [и др.]. М., 2004.
4. *Лукьянчук Е.* Медицинское страхование в ЕС, или на вкус и цвет товарищей нет? // Еженедельник АПТЕКА. 2012. № 2.
5. Медицинское страхование за рубежом (обзор печати) // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2014. № 5 (41). С. 67–78.
6. *Поляков И.В.* Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений / И.В. Поляков [и др.]. СПб., 2006.
7. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / авт. коллектив: С.В. Шишкин, Г.Е. Бесстремьянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова [и др.] М., 2009. С. 10.
8. *Салтман Р., Фигейрас Дж.* Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: пер. с англ. М., 2013.
9. *Johnson J., Roth J.* Health System in Transition: WHO Regional Office for Europe on health of the European Observatory on Health system and Policies. Vol. 8. 2013. № 1.