UNIVERSITÉ NICE SOPHIA ANTIPOLIS

INSTITUT D'ADMINISTRATION DES ENTREPRISES DE NICE

Laboratoire Groupe de Recherche Management - EA 4711

École Doctorale Droit Et Sciences Politiques, Economiques et de Gestion - ED 513

Les réformes du système de santé en France et leurs impacts

Thèse en cotutelle en vue de l'obtention du titre de Docteur en Sciences de Gestion
Présentée et soutenue publiquement
le 27 avril 2016 par

Ani OGANESYAN

Jury :

Monsieur Gérald NARO	**Rapporteur**
Professeur à l'Université Montpellier 1	
Monsieur Gilles PACHE	**Rapporteur**
Professeur à Aix Marseille Université	
Monsieur Alexander BYSTRIAKOV	**Suffragant**
Professeur à l'Académie russe d'économie national et d'administration publique auprès du Président de la Russie	
Monsieur Valery ISSAEV	
Professeur à l'Université russe de l'amitié des peuples	**Suffragant**
Monsieur Yuri MOSSEIKIN	
Professeur à l'Université russe de l'amitié des peuples	**Suffragant**
Madame Irène GEORGESCU	
Professeur à l'Université Montpellier 1	**Directeur de recherche**
Monsieur Thierry GARROT	
MCF HDR à l'Université de Nice Sophia Antipolis	**Directeur de recherche**
Madame Elena PONOMARENKO	
Professeur à l'Université russe de l'amitié des peuples	**Directeur de recherche**

Résumé long

La pertinence de l'étude

La protection de la santé et la promotion d'un mode de vie sain sont nécessaires pour la garantie de la prospérité des gens, le développement socio-économique d'un pays et de l'économie mondiale en général. Pour ce faire, les gouvernements doivent développer leurs systèmes de santé afin que toutes les personnes aient accès à des services de santé et n'aient pas de difficultés financières lors de leur paiement.

Tout modèle de la santé est basé sur une compréhension des spécificités des services médicaux comme des biens économiques, ce qui détermine le rôle de l'État et du marché dans le cadre de l'organisation et du financement des systèmes de santé nationaux. Les approches théoriques existantes des réformes des systèmes de santé montrent l'existence de l'isomorphisme mimétique dans le secteur de la santé caractérisée pas les l'ambiguïté des objectifs, le rôle de l'incertitude, les causes qui sont obscures ou les solutions inconnues. Dans ce cas, afin d'engendrer des solutions efficace à moindre coût, les états construisent leurs systèmes de santé nationaux, en se concentrant sur les systèmes des « pays-modèles ». C'est pourquoi l'étude de l'expérience étrangère des réformes des systèmes de santé a un intérêt particulier pour la Russie.

Le système de santé français, qui est classé parmi les tous premiers du monde en termes de résultats par les études internationale (l'OMS notamment), est considéré comme le plus approprié pour l'analyse. Comme le système de santé russe, il intègre les éléments du modèle bismarckien (financé par des cotisations) et beveridgien (financé par des impôts) avec la présence de l'Etat qui joue un rôle prépondérant dans la régulation du système. Pour optimiser les dépenses et augmenter l'efficacité du système la France a mis en œuvre des mécanismes de marché et des outils de régionalisation de la santé. Les mêmes tendances sont observés dans les réformes du système de santé russe.

Ainsi, l'étude des réformes du système de santé français est pertinente et présente une valeur théorique et pratique pour les réformes du système de santé russe.

Brève revue de la litterature

La base théorique fondamentale de l'étude sont des ouvrages des scientifiques suivants: D. Stiglits, K. Arrow, T. Getzen, D. Saltzman, S. Thompson, T. Foubister, E. Mossialos etc.

Les questions de la concurrence efficace dans le domaine de santé sont soulevées dans les travaux de W. Hsiao, T. Rice, D. Dranove, M. Satterthwaite, M. Gaynor etc.

Les problèmes des réformes des systèmes de santé sont étudiés dans les recherches de A. Enthoven, M. Porter et E. Teisberg, J. Kutzin, W.P. Van de Ven etc.

Les approches modernes des réformes des systèmes de santé et le concept du modèle des soins intégrés sont présentés dans les travaux de G. Naro, N. Angelé-Halgand, I. Georgescu, T. Garrot etc.

Parmi les scientifiques russes, les problèmes de santé sont étudiés par I. Sheiman, S. Shishkin, M. Kolosnitsyna, E. Ponomarenko, V. Issaev, N. Nureeva, I. Baranov, O. Diguilina, B. Rozanov, A. Ragozin, N. Kravchenko, G. Ulumbekova etc.

Bien que le nombre des travaux sur la problématique donnée soit important, il reste encore à étudier les approches théoriques pour formuler des recommandations pratiques afin d'augmenter l'efficacité des services de soins rendus par le système de santé national de la Russie.

Les objectifs et les tâches de la thèse sont définis à partir de la nécessité d'effectuer une recherche globale des approches théoriques des réformes des systèmes de santé et une étude pratique de l'expérience des « pays-modèles », surtout la France, dans le cadre des réformes mises en œuvre et visant à améliorer l'efficacité du système.

Objectif de la thèse *:* définir les modèles théoriques et mécanismes

d'optimisation des dépenses de santé en garantissant l'accès et la qualité des services de soins ; révéler les meilleurs pratiques du système de santé français.

Tâches de la thèse :

- étudier les principales caractéristiques des services médicaux en tant que des biens à double sens (biens privés et publics) ;
- analyser la structure et les éléments principaux des systèmes de santé les plus efficacement organisés ;
- révéler les approches actuelles de réformes des systèmes de santé ;
- présenter les réformes actuelles du système de santé en France, visant à optimiser les dépenses de santé, freiner la hausse des prix des services de soins et augmenter l'efficacité de la santé dans le cadre de la crise économique mondiale. Analyser les résultats de ces réformes et les limites actuellement identifiées ;
- en basant sur l'expérience positive française, identifier les mécanismes efficaces de régulation du système de santé et proposer des dispositions originales pour la réforme du système de santé en Russie, en tenant compte les spécificités du pays.

Objet de la thèse : système de santé français

Sujet de la thèse : relations économiques entre les parties prenantes du systèmes de santé dans le cadre des réformes visées à augmenter la qualité des services de soins en optimisant les dépenses de santé.

Fondements théoriques et méthodologiques de la thèse

La méthodologie de la thèse est basée sur les principes de l'analyse systémique et l'approche scientifique interdisciplinaire. Les méthodes suivantes sont utilisées afin de mener les recherches : méthodes empiriques (la collecte, l'étude, la comparaison des données), méthode de l'analyse comparative et méthode de compilation des données statistiques, synthèse de l'information théorique et pratique, principes de la logique formelle.

Les méthodes de groupement et classification des données sont utilisées afin de traiter et systématiser l'information. L'analyse des résultats est présentée sous forme de tableaux et de schémas.

La valeur théorique et pratique de la thèse

La valeur théorique de l'étude est la suivante : les résultats théoriques et pratiques peuvent être utilisés par le gouvernement russe dans le cadre de l'élaboration et l'amélioration des stratégies de développement du système de santé et la mise en œuvre des réformes d'organisation et de financement de la santé.

Les éléments de l'étude peuvent être appliqués lors de l'enseignement des disciplines suivantes : « Économie et finances du secteur public », « Économie et finance de la santé », ainsi que peuvent être à la base d'élaboration des nouvelles disciplines.

Structure de la thèse

Introduction – 9 pages

Chapitre 1 : Théorie des réformes des systèmes de santé. Problèmes principaux et solutions possibles - 52 pages

1.1 La santé comme la partie du secteur public de l'économie : les caractéristiques des services médicaux comme les biens économiques – 19 pages

1.1.1 Les caractéristiques des services médicaux comme les biens économiques

1.1.2 Analyse de l'efficacité des mécanismes du marché dans la santé : l'introduction de la concurrence

1.1.3 La nécessité de l'intervention de l'état : points forts et défauts

1.1.4 L'approche théorie néo-institutionnelle dans l'organisation du système de santé : la théorie de l'économie publique et la théorie des réseaux d'entreprises

1.2 Approches théoriques des réformes à travers le monde – 22 pages

1.2.1 Modèles des systèmes de santé dans le monde

1.2.2 Les réformes des systèmes de santé sur la base de l'assurance privée (modèle de la concurrence régulée) : l'expérience des Etats-Unis

1.2.3 Le modèle de la concurrence régulée dans les systèmes de santé des pays de l'UE

1.2.4 Le modèle de régulation quasi-marchande: l'expérience de la GB

1.3 L'analyse comparative de la performance et de l'efficacité des systèmes de santé dans le monde. –8 pages

Conclusion du premier chapitre – 3 pages

Chapitre 2 : Les réformes du système de santé en France : situation actuelle, tendances, résultats – 38 pages

2.1 L'organisation du système de santé de France – 11 pages

2.1.1 Système hospitalier

2.1.2 Système des soins ambulatoire

2.2 Le financement du système de santé français – 10 pages

2.2.1 Les sources de financement

2.2.2 ONDAM et répartition du financement

2.2.3 L'analyse de la structure du financement des dépenses du système de la santé

2.3 L'évolution des réformes du système de la santé: résultats, problèmes et perspectives de développement – 15 pages

2.3.1 L'analyse des réformes français

2.3.2 Réformes de régulation de la demande

2.3.3 Réformes de régulation de l'offre

2.3.4 Résultats des réformes et limites du système

Conclusion du deuxième chapitre – 2 pages

Chapitre 3. La réforme du système de santé en Russie: les possibilités théoriques et pratiques de la transposition de l'expérience française – 38 pages

3.1 L'évolution des réformes du système de santé en Russie – 16 pages

3.1.1 L'état actuel du système de santé en Russie

3.1.2 L'analyse des résultats des réformes menés dans le système de santé russe

3.1.3 L'analyse des défis actuels

3.1.4 Stratégie nationale de la Santé 2020: perspectives de la réalisation

3.2 Les défis actuels des systèmes de santé français et russe – 5 pages

3.2.1 L'accès aux soins

3.2.2 Les problèmes de la gouvernance

3.2.3 Les problèmes de la coordination

3.2.4 Le problèmes du financements

3.3 Les possibilités d'impliquer l'expérience de la France pour améliorer l'efficacité du système de santé en Russie. – 15 pages

3.3.1 Les spécificités de l'approche régionale et de l'intégration des soins

3.3.2 Modèle de soins intégrés : Expérimentations de voies alternatives de financement et d'incitation : La Tarification au Cycle de Soins (TCS)

3.3.3. Méthode MAIA : analyse pratique

Conclusion du troisième chapitre – 2 page

Conclusion générale – 9 pages

Références – 13 pages

Annexes – 4 pages

Présentation détaillée des résultats les plus significatifs de la thèse

1. En fonction de la double nature des biens médicaux (à la fois privés et publics), les caractéristiques des services de santé ont été spécifiées selon les critères de non-rivalité et non-exclusion. La tendance de l'augmentation de la part des biens médicaux publics purs et mixtes dans les pays développés est prouvée, ce qui détermine le degré élevé de régulation par l'État dans l'organisation et financement des systèmes de santé.

Les biens médicaux sont différents des biens économiques ordinaires, quand la production et la consommation sont déterminées par la demande et l'offre sur le marché. Le volume de la consommation des services de soins ne peut pas être déterminé seulement par le niveau de solvabilité des personnes. Les biens et services médicaux d'intérêt social (des biens tutélaires) déterminent le rôle particulier de la disponibilité et de l'égalité dans leurs consommations. Dans ces circonstances, l'intervention de l'État s'effectue pour assurer la justice sociale et pas du point de vue de l'efficacité économique. Dans le secteur de la santé, c'est l'État qui finance et assure la mise en œuvre des recherches fondamentales et pratiques, subventionne la formation en médecine, organise la statistique médicale, crée un système global de surveillance sanitaire et épidémiologique, contrôle la propagation des maladies infectieuses etc. Ainsi, dans la plupart des pays développés l'État joue un rôle prépondérant dans le financement des systèmes de santé.

Néanmoins, la régulation par l'État et la régulation par le marché présentent respectivement des avantages et des défauts (voir le tableau 1.1), qui sont liés aux fait que le fonctionnement des systèmes de santé est principalement basé sur la force des relations sociales qui se posent dans le cadre des activités des parties prenantes des systèmes. Un rôle particulier dans ce type de relation est attribué aux facteurs de motivation, coordination et concertation des acteurs des systèmes.

Tableau 1.1. Les défaillances du marché et de l'État dans le domaine de la santé

Limites de la régulation par le marché	**Limites de la régulation par l'État**
La priorité pour les fabricants de produits et services médicaux est de maximiser le profit, et pas la santé ou le bien-être de la société	La concurrence restreinte ou interdite dans le secteur de santé conduit à une production et répartition inefficace de biens et de services médicaux par le secteur public
Sans régulation la sélection adverse peut ruiner les marchés de l'assurance privée. L'impact de l'aléa moral conduit à la surconsommation de services médicaux.	La suppression du mécanisme des prix fausse le signal du marché, ce qui conduit à un comportement inefficace des fournisseurs de soins de santé
Le marché ne produit pas de biens publics : les recherches fondamentales, le contrôle de la propagation des maladies infectieuses, l'établissement des standards de formation professionnelle etc.	Le gouvernement agit en évitant les pertes mais sans tenir compte des pertes cachés des coûts d'opportunité (des coûts alternatifs)
Sans l'intervention de l'État des fournisseurs de biens et de services médicaux préfèrent utiliser les technologies très coûteux pour la population, mais qui est seulement rentable pour leurs organisations.	Pas d'incitation de la part du gouvernement pour développer les nouvelles technologies
L'environnement concurrentiel ne correspond pas avec l'éthique médicale.	Pas de mécanismes automatiques qui réagit aux variations de demande et d'offre

Source: adapté de Getzen T.E. Health economics: fundamentals and flow of funds. : John Wiley & Sons New York, 1997

Avec la mise en place des mécanismes de marché, le problème de la fragmentation des acteurs principaux du secteur de santé est apparu : chaque prestataire de services de soins est confronté au problème de coordination ses actions avec les autres prestataires. Ce problème est particulièrement important lors du traitement des maladies chroniques ou dans le cas des poly morbidités, surtout chez les patients âgés. Afin de surmonter ce problème les pays développés introduisent les mécanismes d'intégration des parties prenantes dans leurs systèmes de santé et élaborent des programmes efficaces dans le domaine de l'intégration des soins qui porte une attention particulière aux patients à haut risque.

Ainsi, nous avons prouvé l'efficacité d'un modèle d'intégration des services de soins, basée sur l'échange d'informations, l'amélioration de la coordination entre les parties prenantes, la mise en œuvre de méthodes intégrées de paiement, l'élaboration des directives cliniques générales, etc.

2. Un classement des types principaux des systèmes de santé des pays développés a été effectué par l'auteur en terme de modes de régulation, ainsi qu'une analyse de leurs avantages et défauts en fonctions des critères de performance clés (critères définis par l'OMS – l'Organisation Mondiale de Santé) (Tableau 1.2).

Tableau 1.2. Avantages et défauts des principaux types de systèmes de santé

Modèle du système de santé	Avantages	Défauts
Financement privé	• accent est mis sur la qualité des soins et sur la protection des droits des patients, • libre choix du médecin et des établissements de santé, • haute rémunération des travailleurs de la santé, • la mise en place des hautes technologies et les dépenses élevées des recherches fondamentales en santé.	• croissance plus forte des dépenses totales de santé, • absence d'égalité d'accès et de garanties sociales pour la population, • utilisation abusive des procédures médicales coûteuse et concurrence déloyale des prestataires des services de soins, • hausse de la demande due au fournisseur, qui pourrait ensuite influer sur les coûts des services des soins etc.
Modèle de Beveridge	• accent sur la prévention des maladies, • forte intérêt à réduire la morbidité et l'offre des services de soins à cause de la nature centralisée du financement du système de santé, • accès universel aux soins de santé (couverture universelle).	• fort impact du montant des dépenses de santé sur les coûts des autres dépenses budgétaires, • droit des patients ne sont pas toujours respectés, • baisse de la qualité des services médicaux dans le temps, • restriction de la mise en œuvre des nouvelles technologies médicales.
Modèle bismar-ckien	• séparation entre la prestation et le financement des services de santé, • contrôle de la qualité des soins et suivi de leurs coûts de la part des financeurs, • couverture presque totale de la population par l'assurance maladie obligatoire, certain nombre des services de soins sont fournis gratuitement • libre choix des assureurs par les employés ou la population etc.	• forte dépendance aux bases de revenus issues des cotisations de la population active, • nombre important et diversité des programmes d'assurance compliquent la mise en place de la politique de santé, • fragmentation des programmes d'assurance amène à une augmentation du coût de traitement etc.

Sources : adapté des études de G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner

Une analyse comparative des modèles de réformes des systèmes de santé a été effectuée selon des critères suivants choisis par l'auteur : le niveau général de santé de la population (indicateurs QALY (*Quality adjusted life year)* et DALE (*Disability adjusted life expectancy*)), la capacité de réaction aux préférences de la population (indicateur intégré qui inclus l'accès, l'égalité, la qualité et la sécurité des soins etc.), ainsi que la protection financière proposée par le système (le niveau des dépenses totales, d'État et privées de santé) et la productivité de ce dernier. Les résultats d'analyse sont présentés dans le tableau récapitulatif 1.3.

Tableau 1.3. Classement récapitulatif des pays selon l'efficacité de leurs systèmes de santé

Pays	**Classement de l'OMS (2000)**	**Classement Bloomberg (2014)**	**Classement Commonwealth Fund (2014)**	**L'espérance de vie à la naissance (année)**	**Dépenses totales de santé (% du PIB)**	**Dépenses en santé par habitant (US $ PPA)**	**Type de système de santé**
Australie	31	6	4	82,1	9,1	6,140	beveridgien
Grande-Bretagne	18	10	1	81,5	9,4	3,647	beveridgien
Allemagne	25	23	5	80,9	11	4,683	bismarckien
Italie	2	3	-	82,9	9	3,032	beveridgien
Canada	30	21	10	81,2	11	5,741	beveridgien
Pays-Bas	17	40	5	81,1	12,5	5,737	bismarckien
États-Unis	37	44	11	78,7	17,2	8,895	privé
Russie	130	51	-	70,5	6,3	887	bismarckien
France	1	8	9	82,6	11,8	4,690	bismarckien
Suisse	20	15	2	82,7	11,4	8,980	bismarckien

Source: réalisé par l'auteur sur la base du rapport « Health and health systems in the Commonwealth of Independent States » [1]

Selon l'analyse des données du tableau 3, l'obtention du même niveau de santé pour la population exige des pays avec un modèle de financement privé à dépenser plus de ressources par rapport aux pays avec un modèle bismarckien ou beveridgien. Ainsi, les systèmes de santé de la France ou de Grande-Bretagne

[1] https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/107288273

sont plus efficients, alors que les Etats-Unis occupent les dernières positions avec des dépenses de santé par habitant les plus élevées dans le monde.

Dans le même temps, il est extrêmement difficile de déterminer l'avantage du modèle de financement bismarckien sur le modèle beveridgien ou l'inverse : les deux modèles sont confrontés au problème de la croissance forte des dépenses totales et essaient de les optimiser sans réduire la qualité et l'accessibilité des soins de santé.

3. Les mécanismes et instruments principaux des réformes des systèmes de santé des pays développés ont été analysés. (cf. Tableau 1.4)

Tableau 1.4. Approches théoriques des réformes des systèmes de santé

Types des systèmes	**Système de financement privé**	**Système bismarckien (financement par l'assurance maladie)**	**Système de Beveridge (financement par l'État)**
Modèle de réformes	**Modèle de la concurrence encadrée (managed competition model)**	**Modèle de quasi marché concurrentiel de santé**	
		Mise en place d'un marché concurrentiel régulé	**Création d'un marché interne (internal market)**
Principales caractéristiques	- « achat groupé des services médicaux de la part d'un grand nombre de clients » ; - transfert de responsabilité pour le choix rationnel des assureurs aux assurés eux-mêmes	- financeurs sont acheteurs informés des services médicaux ; - plus grande autonomie des prestataires des services médicaux, le renforcement de leur responsabilité financière pour les résultats de leurs activités ; - mise en place de la concurrence dans les conditions du budget défini et de la régulation par l'État ;	
Choix du consommateur	- extension du choix du consommateur informé et motivé économiquement => augmentation de l'efficacité de l'utilisation des ressources du système de santé		- « l'argent suit le patient » (la population peut choisir librement les établissements médicaux, restant « insensible » aux prix des soins) ;
Organisation et la prestation des services de santé	- l'intégration des assureurs et des fournisseurs des services médicaux aux « systèmes médicaux intégrés », ce qui facilite la manipulation du système de prestation des services de soins	- les assureurs prennent les fonctions de la planification et de l'organisation des services médicaux	- séparation des fonctions du financement et de la prestation des services médicaux ; - les acheteurs des services médicaux paient pour le résultat final (des services médicaux rendus selon les standards fixés)
Égalité d'accès aux soins et la couverture	- mise en place des mesures contre la sélection des risques par les assureurs ; - procédure commune d'adhésion au régime d'assurance uniquement par l'intermédiaire de sponsor	- persistance du système des garanties de l'État ; - régulation par l'État afin de garder la solidarité de l'assurance maladie obligatoire.	- couverture universelle et accès aux services médicaux par la mise en place de la concurrence entre les établissements de santé.
Efficacité	- réduction des coûts à travers l'incitations des assureurs. Seuls les financeurs peuvent résoudre les problèmes de l'inefficacité ; - problème de l'efficacité est la transmission du signal de prix du marché de l'assurance maladie au marché de prestation des services médicaux	- facteur décisif de l'augmentation de l'efficacité est la mise en concurrence des prestataires des services médicaux (y compris la création des structures intégrées).	- augmentation de l'efficacité par la création d'un marché concurrentiel : l'interaction entre les établissements médicaux et le Service national de santé sur la base des relations de marché ; création des « marchés internes » afin de réguler la prestation des services médicaux.
Rôle de l'Etat	- garantie d'une protection sociale de base indépendamment de la solvabilité de la personne ou de son état de santé ; - préservation des caractéristiques principales de l'assurance maladie volontaire ; - collecte des informations sur la qualité des soins et standardisation d'ensemble des services médicaux fournit par les programmes d'assurance	- rôle crucial des intermédiaires d'assurance qui sont en concurrence et qui opèrent dans le système de l'assurance maladie obligatoire - l'État régule la prestation d'ensemble minimal des services médicaux et la fixation des normes de qualité ; division des risques financiers des assureurs ; démonopolisation du marché de l'assurance maladie	- garantie d'une protection sociale de base indépendamment de la solvabilité de la personne ou de son état de santé ; - Service national de santé refuse de représenter les intérêts des établissements médicaux et devient un acheteurs des services médicaux qui agit dans l'intérêt public ; - préservation d'une régulation étatique forte du financement du système de prestation des soins

Source: adapté d'après I. Sheiman « Réformes d'organisation et de financement de santé »//M.: Izdatcenter —1998.

En dépit de différences des systèmes de santé, les mécanismes communs des réformes ont été relevés : mise en place du principe de libre choix du consommateur, la définition des financeurs comme les acheteurs informés des services médicaux, nouvelles formes d'interaction avec les prestataires de soins de santé.

Des résultats de la mise en place des réformes ont été assez vagues sous l'influence des conditions réelles de fonctionnement de l'économie et la situation politique dans les différents pays. L'objectif principal des réformes des pays européens et des Etats-Unis est l'augmentation de l'efficacité de la gestion, la maîtrise des dépenses, le renforcement de la responsabilité financière et de la transparence des établissements de santé et des médecins libéraux, l'amélioration de l'interaction et de la concertation entre les soins de ville, le secteur hospitalier et les professionnels de santé.

Analyse comparative des trois principaux types de systèmes de santé a montré une convergence des systèmes. Ainsi, la base des réformes du modèle bismarckien et du modèle de Beveridge sont les mécanismes du modèle du « *Managed care* » (Kongstvedt, 1995), élaboré pour le système de santé des États-Unis. Cependant, les réformes du modèle de financement privé des Etats-Unis, outre l'introduction des mécanismes de marché, comprennent aussi l'extension de la couverture d'assurance maladie et l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour toute la population (couverture universelle), mais aussi la régulation des tarifs des programmes d'assurance et la gestion de leurs contenus (services médicaux proposés). Ainsi, le système de santé des États-Unis (financement privé) se rapproche des systèmes de santé des pays européens où l'État joue un rôle majeur dans la régulation.

4. Les caractéristiques principales de l'organisation et du financement du système de santé français ont été étudiées, en particulier, la mise en place des réformes de régulation de la demande et de l'offre des soins.

Selon l'analyse faite, en France le système de santé a une organisation mixte qui repose sur plusieurs principes fondamentaux : le système français prévoit des régimes sociaux liés à une activité professionnelle et en même temps a vocation à couvrir les risques de santé pour l'ensemble de la population. Cette généralisation de l'assurance

maladie garantit l'accès aux soins du plus grand nombre et le fonctionnement global du système de santé repose sur le partage des compétences entre l'Etat et différents entités compétentes. Si ces structures bénéficient d'une certaine autonomie de fonctionnement, le système reste fortement régulé et encadré par l'Etat (Chassang 2013).

L'offre de soins du système de santé français repose sur la coexistence d'acteurs publics et privés, comme dans le secteur hospitalier qui est composé de trois types d'établissement : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif (cliniques). La pluralité du système se traduit également par la garantie du statut des professions libérales de santé et l'existence d'une fonction publique hospitalière (Morelle and Tabuteau 2010).

Le système respectent également la liberté de choix du patient : tout individu est en mesure de sélectionner son médecin traitant, un spécialiste en accès direct, son établissement de santé ou la prestation médicale qui correspond le mieux à ses besoins et à ses préférences, dans le secteur public comme dans le secteur privé (Chassang 2013).

En France le système de santé reste largement piloté par les pouvoirs publics. Même si différents organismes et administrations participent à sa gestion, l'Etat reste garant de la cohérence des mécanismes de prise en charge et de redistribution. Les compétences de l'Etat sont reparties en deux échelons institutionnels et territoriaux : le niveau central et le niveau local. Pour veiller au bon fonctionnement du système et à la qualité optimale des soins, l'Etat exerce également des contrôles à plusieurs niveaux : financement et allocation des ressources, industrie du médicament, respect des normes de qualité etc. (Palier 2009).

Cependant, depuis plusieurs années, l'organisation et la gestion du système de santé tendent à se déconcentrer. Davantage de responsabilités sont aujourd'hui dévolues au niveau territorial et plus particulièrement à l'échelon de la région (Bras 2009). Comme le souligne la présentation du projet de loi HPST en conseil des ministres le 22 octobre 2008, il s'agit ainsi de :

« faciliter l'accès aux soins et l'accès à l'information, décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital afin de simplifier le parcours de santé des patients et développer la qualité et la sécurité du système de santé ».

Créées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les 26 agences régionales de santé (ARS) ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, un pilotage unifié du système de santé afin d'en renforcer l'efficience et de mieux répondre aux besoins des patients par une approche globale et cohérente du parcours de soins (Palier 2009). La création des ARS, qui s'est traduite par un transfert partiel des services déconcentrés de l'Etat au profit d'un établissement public, est intervenue dans un contexte de profonde réorganisation de l'Etat au niveau territorial (Bras 2009).

Chaque année, les comptes nationaux de la santé répertorient l'ensemble des dépenses effectuées dans le domaine sanitaire et médico-social. Il permettent également d'apprécier la répartition de l'effort financier entre l'Etat, les collectivités locales, l'assurance maladie, les organismes complémentaires (mutuelles et institutions de prévoyance) et les ménages. Une gestion à l'équilibre des recettes et des dépenses de l'assurance maladie est en effet une exigence fondamentale car fondatrice du système : ceux sont les bien-portants d'aujourd'hui qui doivent être solidaires des malades d'aujourd'hui. A priori un système de santé idéal instituerait une couverture automatique des dépenses par les recettes, de telle sorte que le système ne puisse pas être en déficit. Mais en France la situation est autre et le déficit pérenne (Brucker, Ferrand-Nagel et al. 2013).

Parmi les avantages principaux du système de santé français se trouvent : la haute qualité des services de soins, la couverture universelle de la population par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire et le remboursement quasi complet des médicaments. En même temps, une des particularité de la France est de présenter un taux élevé de financement des dépenses de santé par des fonds publics (y compris l'assurance maladie) : en 2013, près de 77% des dépenses de santé étaient ainsi financées par des fonds publics (pour une moyenne de 72,2% au sein de l'OCDE), contre 15,7% pour l'assurance maladie complémentaire et 7,5% restant directement à la

charge des ménages (19,6% au sein de l'OCDE). Cette répartition des dépenses amène à un déficit de l'assurance maladie en France qui a des causes structurelles, mais découle aussi d'un déséquilibre conjoncturel. En effet, la crise économique et la montée du chômage, le vieillissement de la population et la mise en place des nouvelles technologie, engendrent une perte de recettes, qui ne permet pas de compenser la hausse du niveau de dépenses de santé.[2]

Selon les rapports de la Cour des Comptes en 2011, 2012 et 2013, en plus de la diversification des ressources de financement, plusieurs techniques de régulation ont donc été mises en œuvre pour enrayer ces pertes et maîtriser les dépenses de santé : les mesures de contrôle par la demande, les mesures de contrôle par l'offre et les mesures qui augmente la concertation entre les acteurs du système de santé.

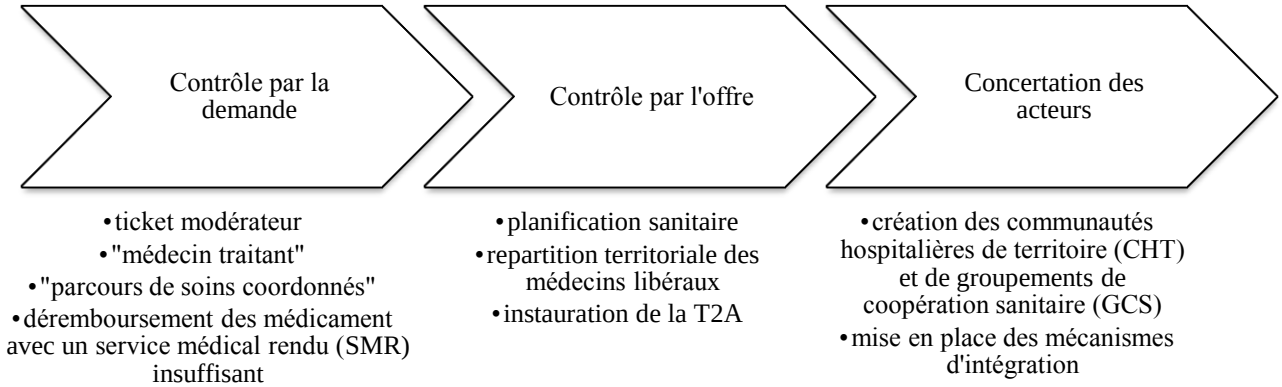


Figure 1.1. Instruments des réformes du système de santé de la France[3]

Selon la figure 1.1, le mécanismes principal de contrôle de la demande, quand les assurés sont amenés à davantage contribuer à la prise en charge de leurs dépenses de santé, est le ticket modérateur, qui oblige les patients à prendre en charge une partie des dépenses qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie. Parmis les autres mesures sont contribution d'un euros par consultation, forfait hospitalier, le déremboursement de médicaments dont le service médical rendu (SMR) est jugé insuffisant. Afin d'améliorer le suivi des malades et la coordination des soins, la réforme de l'assurance maladie en 2004 a introduit la notion de « parcours de soins coordonné » du patient et l'obligation

[2] Selon les rapports de la Cour des comptes de la France en 2011, 2012, 2013 et 2014
[3] Selon les rapports de la Cour des comptes de la France en 2011- 2013

de choisir un médecin généraliste référent, le « médecin traitant ». A l'exception de certaines spécialistes médicales, l'usager est incité à consulter d'abord son médecin traitant avant d'aller voir un spécialiste. Patient peut y aller directement, mais dans ce cas il sera remboursé par l'assurance maladie à un taux inférieur au taux habituel.

Cependant, il est toujours délicat de fixer un ticket modérateur élevé sous peine de décourager l'accès aux soins des plus démunis et d'aggraver encore les inégalités de santé. Malgré le fait que la mise en place des tickets modérateurs s'accompagne aussi d'un grand nombre d'exonérations ciblées sur des types d'actes ou sur des catégories spécifiques de personnes, certains assurés supportent des frais parfois élevés.[4] Par contre, l'extension continue du champ de cette exonération limite évidemment l'efficacité financière du ticket modérateur (Dourgnon, Jusot et al. 2012).

Les réformes majeurs de régulation de l'offre des soins ont été mis en place dans le secteur hospitalier. Outre les outils de planification sanitaire (numerus clausus, Sros etc.), l'État a initié plusieurs réformes pour favoriser la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Cela se traduit notamment par la prescription de médicaments génériques et le renforcement des pratiques professionnelles libérales avec la création de références médicales opposables (RMO) pour éviter les prescriptions abusives. La rationalisation de l'offre de soins devrait passer également par une plus grande cohérence et efficacité du système, comme la modernisation de la gestion hospitalière avec l'instauration de la T2A : jugé déséquilibré et non représentatif de l'activité des établissements, l'ancien système d'allocation a été remplacé par la tarification à l'activité (T2A), qui prévoit la mise en place la politique tarifaire en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Selon les experts français, les réformes de la nouvelle gouvernance hospitalière et de la T2A, sont susceptibles de mettre à mal les valeurs publiques notamment défendues par les professionnels de santé, attachés de par leur identité professionnelle à la qualité, à la sécurité du patient, au délai de prise en charge, à l'accessibilité des soins et à la couverture sanitaire de la population (Georgescu I. et Naro G. 2012).

[4] Selon les données de la Cour des comptes (2011), pour les 1% de la population la plus concernée par le reste à charge, celui-ci est très lourd (de l'ordre de 3 000 € par an).

En France, selon le rapport de la Cour des comptes de 2013, au moins 50% des ressources du système de santé sont liés avec la maintient de la santé de 10-20% de la population française : ceux sont des patients avec des maladies chroniques, oncologiques ou gériatriques pour lesquels les questions de coordinations des spécialistes de santé jouent un rôle extrêmement important. A partir de ce fait, un modèle alternatif de mode de financement de la santé et en particulier des services hospitaliers peut être élaboré. Il s'agit de la Tarification au Cycle de Soins ou TCS (Angelé-Halgand N. et Garrot T., 2012). Elle peut se formuler comme la création des conditions d'une coopération entre les acteurs des soins qui implique l'intégration des interventions des différents maillons de la chaîne de soins, en articulant les épisodes de soins le long d'une problématique de santé, désignée sous le terme de « cycle » de soins (Angelé-Halgand N. et Garrot T, 2013). Le passage de l'épisode (de T2A) au cycle crée des espaces de coopération entre professionnels, au-delà des frontières organisationnelles et des statuts d'exercice. Il enjoint ces derniers à articuler leurs interventions en les rendant interdépendants du résultat final.

5. Étude pratique du dispositif d'intégration des services médicaux « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie » (MAIA) a été effectuée. Cette méthode, qui couvre l'ensemble du territoire de la France, cherche à augmenter l'accès et la qualité de l'aide médicale et médico-sociale pour toutes les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie, quelle que soit la nature de leurs besoins.[5]

Cette nouvelle organisation, qui se réalise sur la base d'une organisation-porteur, choisi par l'ARS (Agence Régionale de Santé), vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des patients et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations. La légitimité de ce porteur, s'appuie sur les fonctions d'accueil, d'orientation et de coordination qu'elle exerce déjà. Ce porteur n'est pas une institution prédéfinie, mais il s'agit nécessairement d'une structure ou d'un organisme à but non

[5] Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

lucratif, légitime sur le territoire par sa capacité à mobiliser les acteurs locaux (Tableau 1.5).

Tableau 1.5. Méthode MAIA

<table>
<tr><th>Mécanismes MAIA</th><th>Instruments MAIA</th><th>Acteurs</th></tr>
<tr><td rowspan="2">La concertation (Le pilote de la MAIA)</td><td>Concertation stratégique (Tables stratégiques)</td><td>ARS, CARSAT, MSA, RSI, Conseil général</td></tr>
<tr><td>Concertation tactique (Tables tactiques)</td><td rowspan="4">Les opérateurs des champs sanitaire, social et médico-social sur le territoire interagissent :

CCAS
Équipes mobiles gériatriques, Équipes APA, Réseaux de santé, Infirmières, Hébergement temporaire, Médecins libéraux, Hôpitaux, CLIC, SAAD, SSIAD, Gestionnaires de cas, Hospitalisation à domicile, EHPAD etc.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Le guichet intégré</td><td>Formulaire d’analyse multidimensionnelle</td></tr>
<tr><td>Systèmes d’informations partageables</td></tr>
<tr><td rowspan="2">La gestion de cas (1-3 gestionnaires de cas)</td><td>Outil d’évaluation multidimensionnelle</td><td rowspan="2">Tous les professionnel de la santé et du médico-social du territoire de la MAIA</td></tr>
<tr><td>Plan de service individualisé (PSI)</td></tr>
</table>

Source: rapport de la CNSA et entretiens semi-directifs fait dans le cadre de l'analyse qualitative des acteurs du dispositif MAIA de département « Les Alpes Maritimes » (2014-2015)

L’intégration se construit selon 6 axes qui visent à relier les champs sanitaire, social, médico-social, quel que soit le statut des structures ou des intervenants public, privé, institutionnel, libéral. Ce sont trois mécanismes interdépendants : la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas ; ainsi que trois outils qui permettent d’observer l’écart entre la demande de la personne âgée et les ressources existantes, et de s’assurer que l’ensemble des besoins est couvert : le formulaire d’analyse multidimensionnelle et l’outil d’évaluation multidimensionnelle, le plan de service individualisé et les systèmes d’informations partageables.

Dans notre thèse nous avons étudié un dispositif MAIA de la région PACA, dans le département « Alpes Maritimes ».[6]

Selon l'analyse qualitative effectuée, la méthode MAIA permet de constater une meilleure gestion des demandes, en matière d'information, d'orientation et de prise en charge des personnes âgées, ce qui signifie une vraie valeur sociale. Les cas difficiles d'accompagnement et de suivi par les professionnels du territoire sont réduits par la mise en place de la gestion des cas ; l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation simplifiant les parcours de la population cible. La mise un place du dispositif MAIA permet aussi de mobiliser sur un territoire donné l'ensemble des acteurs dans toute leur diversité en capitalisant sur leur richesse, prenant en compte l'ensemble des ressources au plus près des besoins du territoire et de corriger les dysfonctionnements générés inévitablement par la diversité des acteurs et de leur gouvernance, des financements, des pratiques professionnelles et des organisations.

Pour le malade, la prise en charge devient optimale, globale et très complète, avec des interventions où le qualitatif l'emporte sur le quantitatif. Les acteurs de terrain louent aussi une réactivité meilleure pour mettre en œuvre les ajustements nécessaires, et un travail qui comprend une vraie prise en charge de l'entourage (Léon C. et al., 2013). Ainsi, chaque partenaire est mieux informé et surtout bénéficie d'un appui en cas de problème à résoudre.

Conclusions

En conclusion, les réformes des systèmes de santé des pays développés, indépendamment de leur type de financement et de régulation, essaient de surmonter les défaillances du marché et de l'Etat dans le secteur de santé, et visent à mettre en œuvre des mécanismes d'intégration afin de renforcer la concertation des professionnels de la santé.

Dans le cadre de l'étude nous avons relevé les mécanismes efficaces et non-efficaces des réformes du système de santé français pour le système russe. Les mécanismes efficaces sont : le principe de partage des tâches entre le système

[6] 22 entretiens semi-directifs on été fait avec les professionnels de santé du département Alpes Maritimes, ainsi que les rapports officiels ont été étudiés

d’assurance maladie obligatoire (qui prend en charge des maladies graves et chroniques) et complémentaire (la couverture des "petits risques") ; le remboursement quasi complet des médicaments ; la mise en place des mécanismes de l’intégration sans créer de nouvelles instances, mais de potentialiser les acteurs déjà présents dans le paysage institutionnel en évitant les redondances.

Parmi les instruments non-efficaces sont le « ticket modérateurs » et le financement des établissements hospitaliers seulement par la Tarification à l’activité (T2A), ce qui pourrait amener à la commercialisation du secteur et à la baisse de la qualité.

Ainsi, l'expérience constructive de la France peut aider à éviter la mise en place de mécanismes inefficaces dans le système de santé de la Russie afin de mieux utiliser les ressources du système et augmenter son efficacité.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ 11
Глава 1. Теория реформ здравоохранения. Основные проблемы и пути решения. 20
1.1 Экономика здравоохранения как часть экономики общественного сектора: особенность медицинских услуг как экономических благ 20
1.2 Теоретические подходы к реформированию современных систем здравоохранения 40
1.3 Сравнительный анализ эффективности систем здравоохранения в современном мире 62
Глава 2: Реформы системы здравоохранения Франции: пути, тенденции и результаты 72
2.1 Организация системы здравоохранения Франции 72
2.2 Финансирование системы здравоохранения Франции 84
2.3 Эволюция реформ системы здравоохранения: результаты, проблемы развития и перспективы решения 96
Глава 3. Реформа здравоохранения в России: теоретические и практические решения по использованию конструктивного опыта Франции 109
3.1 Эволюция реформ здравоохранения в России и оценка их эффективности. 109
3.2 Актуальные проблемы систем здравоохранения Франции и России 128
3.3 Рекомендации по использованию конструктивного опыта Франции при реформировании системы здравоохранения России 133
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 147
Список литературы 156
Приложение 1 169
Приложение 2 170
Приложение 3 171
Приложение 4 172

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Охрана здоровья и создание условий для здорового образа жизни необходимы для обеспечения благосостояния человека и устойчивого социально-экономического развития отдельной страны и мировой экономики в целом. Для этого страны обязаны развивать национальные системы здравоохранения таким образом, чтобы все люди имели доступ к медико-санитарным услугам и при этом не испытывали финансовых затруднений при их оплате.

В основе любой модели здравоохранения лежит понимание специфики медицинских услуг как экономических благ, что определяет роли государства и рынка в рамках организации и финансирования национальных систем здравоохранения. Существующие теоретические подходы к реформированию систем здравоохранения имеют значительные отличия, связанные с нечеткостью распределения целей, задач, критериев оценки эффективности и оценки издержек. В этом случае государства строят национальную систему здравоохранения, ориентируясь на системы стран - «моделей», и изучение зарубежного опыта реформирования систем здравоохранения представляет особый интерес для России.

Наиболее конструктивной для анализа представляется система здравоохранения Франции, имеющая высокий рейтинг ВОЗ. Как и российская система здравоохранения, французская система сочетает в себе элементы социально-страховой и бюджетной модели с сильным государственным регулированием. В целях оптимизации расходов и повышения эффективности системы здравоохранения Франция использует рыночные механизмы и меры по децентрализации - схожие тенденции наблюдаются при реформировании российской системы здравоохранения. Таким образом, изучение опыта Франции и анализ реформ, проводимых в стране в сфере организации и финансирования системы здравоохранения, поможет в разработке комплексной реформы российского здравоохранения, и, в частности, внедрении новой системы эффективного распределения совокупных расходов в сфере здравоохранения.

В условиях масштабных реформ, проводимых в системе здравоохранения России, вопросы разработки предложений по повышению эффективности реформ российской системы здравоохранения являются весьма актуальными.

Степень разработанности проблемы. Основополагающей теоретической базой диссертационного исследования послужили научные труды следующих классиков в области экономики общественного сектора и экономики здравоохранения: Д. Стиглица, К. Эрроу, Т. Гетцена, Салтмана, С. Томсона, Т. Фубистера, Э. Моссиалоса и др. Вопросы эффективной конкуренции в секторе здравоохранения в своих работах представили такие зарубежные ученые как У. Сяо, Т. Райс, Д. Дранов, М. Саттертуэйт, М. Гейнор и др. Проблемам реформирования систем здравоохранения были посвящены работы А. Энтховена, М. Портера, Э. Тейсберг, В. Ван де Вена, Д. Кутцина и др. Современные подходы к реформированию систем здравоохранения представлены в научных трудах Д. Кортеса, Р. Смолдта, К. Хама, Ж. Нарро, Н. Анжеле-Альган, Т. Гарро, И. Жеоржеску и др.

Среди отечественных ученых эти проблемы разрабатываются в работах И.М. Шеймана, С.В. Шишкина, В.И. Шевского, М.Г. Колосницыной, Е.В. Пономаренко, В. А. Исаева, Н.А. Нуреевой, И.Н. Баранова, О. Б. Дигилиной, Г.Е. Улумбековой, В. Б.Розанова, А. В. Рагозина, Н. А. Кравченко и др.

Несмотря на большое количество трудов, посвященных поиску решений проблем обеспечения качественной и доступной медицинской помощи, степень изученности ее отдельных аспектов сильно дифференцирована. При всей значимости проведенных научных исследований, отметим важность доработки теоретических подходов и практических рекомендаций по повышению эффективности функционирования систем здравоохранения, что имеет большое практическое значение для развития системы здравоохранения России, в которой на сегодняшний день проходят масштабные реформы.

Необходимость проведения комплексного исследования, направленного на изучение теоретических подходов реформирования систем здравоохранения и практического зарубежного опыта их реализации в целях повышения

эффективности функционирования сектора здравоохранения, определяет постановку целей и задач настоящей работы.

Цель диссертации - определить теоретические модели и механизмы оптимизации расходов на здравоохранение при сохранении доступа и качества медицинских услуг и выявить наилучшие практики на примере здравоохранения Франции.

Для достижения намеченной цели поставлены следующие задачи:

- исследовать содержание и основные характеристики медицинских услуг как благ с двойственными характеристиками (частных и общественных благ);
- изучить содержание, структуру и ключевые особенности наиболее эффективно организованных систем здравоохранения;
- раскрыть современные подходы к реформированию систем здравоохранения;
- раскрыть содержание проводимых реформ во Франции, направленных на оптимизацию расходов и повышение результативности здравоохранения в условиях мирового экономического кризиса, проанализировать результаты данных реформ;
- на основе опыта Франции выявить механизмы, направленные на повышение эффективности системы здравоохранения и рассмотреть возможность использования этих механизмов с учетом российских условий.

Объектом исследования является система здравоохранения Франции как составляющая общественного сектора экономики.

Предметом исследования являются экономические отношения между субъектами системы здравоохранения Франции в рамках проведения реформ, направленных на повышение качества медицинских услуг и оптимизацию совокупных расходов.

Методологические и теоретические основы исследования. Методология диссертационной работы основана на принципах системного анализа и междисциплинарного научно-системного подхода к исследованию. Для решения поставленных задач были использованы эмпирические методы (сбор, изучение и

сравнение данных), методы сравнительного анализа и обобщения статистических данных, синтеза теоретического и практического материала, принципах формальной логики. При обработке и систематизации информации применялись методы группировок, классификации. Анализ фактического материала представлен в виде таблиц и рисунков.

Теоретическую основу исследования составили труды отечественных и зарубежных ученых в области экономики общественного сектора и экономики здравоохранения. В работе использовались нормативные правовые акты, регламентирующие систему здравоохранения РФ и систему здравоохранения Франции, материалы экспертной группы «Тарификация по циклам лечения» (TCS), интервью со специалистами системы здравоохранения департамента Приморские Альпы Франции, участвующими в реализации механизма интегрированной медицинской помощи, отчеты Счетной палаты Франции, исследования рынка услуг здравоохранения мировых консалтинговых агентств, материалы научных конференций и семинаров, а также публикации в периодических изданиях и материалы, размещенные в сети Интернет.

Информационно-статистическую базу диссертации составили данные статистической базы Всемирной организации здравоохранения, Министерства здравоохранения Франции, Счетной палаты Франции, Федерального казначейства, материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы государственной статистики России (Росстата). Использовались материалы специальных докладов и аналитических обзоров, специализированных рейтингов, подготовленных международными экспертными организациями.

Область исследования соответствует следующим пунктам паспорта специальности ВАК:

- специальности 08.00.01 – Экономическая теория: п. 1.4. «Институциональная и эволюционная экономическая теория»; п. 3.10. «Исследования и оценка концепций и моделей прорывных экономических реформ в отдельных развитых и развивающихся странах и регионах мира»;

- специальности 08.00.14 – Мировая экономика: п. 1. «Всемирное мировое хозяйство, его структура и современные тенденции развития»; п. 4. «Теория развития мирового хозяйства и международных экономических отношений. Анализ и оценка современных концепций».

Научная новизна исследования заключается в уточнении существующих теоретических подходов к реформированию систем здравоохранения с позиции теории общественного сектора экономики, комплексном анализе инструментов реформирования системы здравоохранения Франции, а также разработке предложений по совершенствованию экономических и административных механизмов национальных систем здравоохранения.

Наиболее существенные результаты, выносимые на защиту:

По специальности 08.00.01 – экономическая теория:

1. Исходя из двойственных характеристик медицинских благ, связанных как с удовлетворением частной индивидуальной потребности в поддержании здоровья и качества жизни, так и с общественной потребностью в воспроизводстве рабочей силы, обобщены и уточнены характеристики услуг здравоохранения по критериям неисключаемости и несоперничества. Доказана тенденция возрастания доли чистых и смешанных общественных благ в здравоохранении развитых стран, что определяет высокую степень государственного участия в регулировании и финансировании систем здравоохранения. Исследованы провалы рынка и провалы государства в сфере здравоохранения и доказана эффективность применения модели интеграции деятельности специалистов здравоохранения, суть которой состоит в нивелировании вышеназванных провалов рынка и провалов государства.

2. Проведена авторская классификация основных типов систем здравоохранения развитых стран с позиции их ресурсного покрытия и управления (частное, обязательное медицинское страхование и бюджетное финансирование). Осуществлен сравнительный анализ моделей реформирования здравоохранения (управляемой конкуренции, социально-страховой квазирыночной регулируемой конкуренции и бюджетного регулирования) по выделенным автором критериям

(качество предоставляемой медицинской помощи и доступ к ней (всеобщий охват), показатель QALY, общие расходы на здравоохранение, расходы здравоохранения на душу населения). Выявлено, что наиболее эффективной по всем ключевым критериям результативности на сегодняшний день является модель здравоохранения, применяемая во Франции, Великобритании и др. европейских странах.

3. Исследованы основные механизмы и инструменты реформ (стимулирование потребительского выбора, определение роли финансирующей стороны как информированного покупателя медицинской помощи, новые формы взаимодействия с поставщиками медицинских услуг). Выявлено, что общими задачами для всех типов систем здравоохранения в развитых странах является сокращение затрат (совокупных расходов) при обеспечении и повышении качества медицинских услуг (европейские страны, США), для систем частного здравоохранения – еще и обеспечение всеобщности доступа граждан к услугам здравоохранения (США, реформа «Обамакэр» (Obamacare)). Сравнительный анализ трех основных типов систем здравоохранения демонстрирует тенденцию к их конвергенции. Так, в модели управляемой конкуренции (США) - это задача всеобщего доступа, что свойственно социально-страховой и бюджетной моделям, а для последних – расширение использования конкурентных инструментов для снижения высоких совокупных расходов.

По специальности 08.00.14 – мировая экономика:

4. Выявлены особенности организации и финансирования системы здравоохранения Франции, в частности, внедрение реформ по сдерживанию спроса и оптимизации предложения медицинских услуг и доказано, что 1) регулирование спроса посредством введения соплатежей населения не способствует повышению эффективности предоставления медицинских услуг и оптимизации затрат; 2) финансирование медицинских учреждений на основе расчета тарифов по клинико-статистическим группам (T2A) приводит к коммерциализации медицинских услуг, снижению взаимодействия между специалистами и ухудшению состояния здоровья пациентов. С целью

преодоления недостатков государственного и рыночного управления, разрабатываются и внедряются интегрированные механизмы организации и финансирования медицинской помощи, усиливающие взаимодействие участников системы здравоохранения, как механизм «Тарификация по циклу лечения» (TCS). Циклы лечения TCS обязывают специалистов здравоохранения взаимодействовать на каждом отдельном этапе лечения, и определяют их солидарную ответственность за результат, мотивируя при этом не наращивать дополнительные расходы.

5. Проведено практическое исследование функционирования механизма интегрированной медицинской помощи «Метод интеграции социальной и медицинской помощи для пациентов пожилого возраста» (MAIA) на примере департамента Франции Приморские Альпы, который способствует оптимизации процесса предоставления медицинской помощи и улучшению взаимодействия участников системы здравоохранения региона. Автор убежден, что правильно разработанная модель интегрированного медицинского обслуживания может успешно применяться в любой системе здравоохранения, в т. ч. и в России, за счет использования наилучших мировых практик.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что обоснованные теоретические выводы и практические рекомендации, сделанные автором при работе над диссертацией, могут быть применены органами законодательной и исполнительной власти Российской Федерации, в ходе научного обоснования, разработки и совершенствования стратегий и концепций развития национальной системы здравоохранения, а также практического внедрения реформ в области организации предоставления медицинской помощи и финансирования системы здравоохранения.

Материалы могут быть использованы при преподавании таких курсов как «Экономика общественного сектора», «Финансы общественного сектора» «Экономика и финансы здравоохранения», специальных курсов по исследуемой в

диссертации проблематике, а также могут быть положены в основу новых учебных курсов.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения и результаты исследования обсуждались и получили одобрение на III Международной научно-практической конференции «Взаимоотношения Европы, России и балканских стран в посткризисном мире» (г. Ницца, Франция, Университет Ниццы София Антиполис (УНС), 6-7 мая 2013 г.); IV Международной научно-практической конференции «Европа и славянский мир сегодня: экономические, юридические и геополитические аспекты» (г. Ницца, Франция, УНС, 6-7 мая 2014 г.), VI Конференции по вопросам здравоохранения (г. Марсель, Франция, Бизнес-школа Кэдж, 8-9 апреля 2015 г.), IV Конференции Международной ассоциации исследователей в области государственного менеджмента (AIRMAP) (г. Лион, Университет им. Жана Мулена, 28-29 мая 2015 г.); Заседаниях комитета рабочей экспертной группы «Тарификация по циклам лечения» (г. Ницца, г. Монпелье, Франция, УНС, Университет Монпелье, 26 марта и 17 июня 2014 г., 16 января и 30 апреля 2015 г.), Заседаний ежегодного диссертационного комитета УНС (г. Ницца, Франция, УНС, 20 июня 2014 г. и 8 июня 2015 г.). Диссертация выполнена в рамках соглашения о программе двойной аспирантуры и двойного научного руководства, заключенного между Экономическим Факультетом РУДН и Институтом администрирования предприятий УНС.

Публикации. По теме исследования опубликовано 8 статей общим объемом 5,1 п.л., из которых три - в периодических изданиях, входящих в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий ВАК Минобрнауки России, объемом 2 п.л. авторского текста.

Структура и объем диссертации обусловлены целью, задачами и логикой проведенного исследования. Диссертация состоит из введения, трех глав и заключения, списка использованной литературы и 4 приложений. Основной текст диссертации изложен на 159 страницах, включая 20 таблиц и 4 рисунка. Список использованной литературы насчитывает 131 источник на русском, английском и французском языках.

Глава 1. Теория реформ здравоохранения. Основные проблемы и пути решения.

1.1 Экономика здравоохранения как часть экономики общественного сектора: особенность медицинских услуг как экономических благ

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «здоровье» – это «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».[7] Здоровье является специальным благом, которое можно, согласно Г. Беккеру и М. Гроссману, назвать фундаментальным благом.[8] Фундаментальное благо – это товар, производство которого требует вклада времени и других материальных ресурсов. Отличие здоровья от других фундаментальных благ состоит в том, что оно имеет и самостоятельную ценность, но, кроме того, более высокий уровень здоровья позволяет на более высоком уровне потреблять остальные товары. Это происходит за счет того, что если индивид здоров, то время, которым он располагает для производства или потребления других товаров, больше. Если индивид болен, то бюджет времени, который он распределяет между разными видами деятельности, уменьшается. Поэтому люди, с одной стороны, имеют возможность потреблять большее количество других товаров просто потому, что время здоровой жизни увеличивается, а, с другой стороны, потребление других товаров при условии, что они здоровы, тоже добавляет совокупной полезности; поэтому здоровье имеет самостоятельную ценность и в то же время увеличивает потребление других товаров.

То, что экономисты видят здоровье как некий фундаментальный товар, определяет роль и место услуг здравоохранения. Услуги здравоохранения в большинстве случаев людям сами по себе не нужны. Они, наряду с вкладом других факторов (например, фактор времени), нужны для того, чтобы поддерживать и/или улучшить состояние здоровья. Одним из ключевых факторов,

---

[7] Устав Всемирной организации здравоохранения. Режим доступа: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf. Дата обращения: 23.05.2015

[8] Becker M. H. The health belief model and personal health behavior. – Slack, 1974. – Т. 2. – №. 4., Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health //The Journal of Political Economy. – 1972. С. 223-255.

обуславливающих природу рынка услуг здравоохранения, является гетерогенность членов общества с точки зрения состояния здоровья.

Потребность людей в медицинских услугах – это недостаток чего-либо необходимого для сохранения жизни человека или поддержания его здоровья. Резолюция 58.33 Всемирной ассамблеи здравоохранения 2005 г. гласит, что каждый человек должен иметь доступ к медико-санитарным услугам и не должен испытывать финансовых трудностей при обращении за медицинской помощью.[9] Однако ресурсы здравоохранения, как и все другие экономические ресурсы, ограничены по сравнению с растущими потребностями людей. Законы ограниченности ресурсов проявляются не только на уровне дохода одного человека и его семьи, но и на уровне одной больницы, поликлиники, на уровне национальной экономики. Поэтому фундаментальные проблемы эффективного распределения ресурсов возникают в области здравоохранения так же, как и в любых других сферах экономики.

Во всем мире органы здравоохранения стремятся управлять деятельностью систем здравоохранения и повышать ее эффективность и справедливость в условиях возрастающих потребностей и ожиданий населения при ограниченных ресурсах.

Для реализации задач нашего исследования остановимся на особенностях медицинских услуг как экономических благ. Согласно определению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), медицинская услуга – это особое благо, потребление которого приносит удовлетворение индивидуальной потребности человека, а также благо, потребление которого удовлетворяет общественную потребность, - воспроизводство рабочей силы.[10] В «Основных положениях стандартизации в здравоохранении»[11] можно найти следующее определение медицинской услуги – это мероприятие или комплекс мероприятий,

---

[9] The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/4/9789244564028_rus.pdf?ua=1, дата обращения 18.10.2014

[10] The world health report 2013: research for universal health coverage. Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/17/9789240690868_rus.pdf?ua=1, дата обращения 18.10.2014

[11] Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 января 1998 г. N 12/2 "Об организации работ по стандартизации в здравоохранении"

направленных на профилактику заболеваний, их диагностику или лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Услуги здравоохранения – это деятельность производителей медицинских услуг, которая имеет своим результатом полезный эффект поддержания и укрепления здоровья. Медицинские услуги призваны удовлетворить не только индивидуальные, но и общественные потребности, их результат во многих случаях является достоянием как отдельного человека, так и общества в целом. Таким образом, они обладают свойствами социально значимого блага (merit goods).

В процессе функционирования рынка создаются блага, которые можно разделить на экономические (ограниченные) и свободные (неограниченные). Медицинская услуга является экономическим благом, так как обладание этим благом является результатом отказа от обладания другим благом.

Согласно американскому экономисту П. Самуэльсону, любое экономическое благо, создаваемое в экономике можно описать с позиции двух свойств – несоперничества и неисключаемости.[12] В зависимости от сочетания названных свойств выделяют общественные, частные или смешанные блага. Медицинская услуга может являться частным благом, если при потреблении ее одним лицом она не может быть одновременно потреблена другим (например, диагностическая процедура). При данном условии медицинская услуга обладает свойствами исключительности и соперничества. Это облегчает сбор платы с потребителей за пользование частным благом и покрытие издержек производства. Создание таких медицинских услуг ориентировано на типичных потребителей – покупателей. Их выбор и предпочтение служит основным рыночным сигналом для производителей в отношении объема поставки медицинских услуг на рынок. Однако вместе с этим, часть медицинских услуг относят к общественным благам.

---

[12] Несоперничество означает, что прибавление дополнительного потребителя не снижает полезности остальных: данное благо достается всем в одинаково количестве. Соперничество предполагает, что благо принадлежит только одному индивиду, и, пользуясь им, он уменьшает количество блага, доступного другим людям. Неисключаемость означает невозможность отключить потребителя от пользования благом, даже если он за это благо не желает платить, а исключаемость из потребления означает, что обладание благом одним субъектом исключает доступность данного блага для других субъектов.

Общественное благо (public goods) – это товар и услуга, при предоставлении которых одному индивиду они становятся доступными и другим без дополнительных затрат. [13] Для общественных благ характерны свойства несоперничества, неисключаемости и неисчерпаемости (то есть однажды произведенные, они не требуют дополнительных издержек при присоединении дополнительных потребителей). Если невозможно ограничить потребление общественных благ, таких как чистый воздух, ни у кого нет стимула платить за них, что порождает проблему “безбилетника”. Поскольку доступ к благу открыт независимо от того, оплатил индивид его потребление или нет, частной фирме затруднительно собрать оплату для покрытия издержек деятельности. В этом случае именно государство обладает легальным правом принуждения, собирает налоги, из которых финансируются издержки производства данного блага. [14] Для обслуживания потребностей в услугах с характеристиками общественных благ во всех странах действует сектор «общественного здравоохранения» (public health). [15]

Соглано Т. Гетцену, проанализировавшему в своих работах [16] природу медицинских услуг как экономических благ, многие блага не являются чисто частными или чисто общественными, но находятся где-то посередине, а степень их «общественности» может изменяться вместе с состоянием рынка. Для большинства смешанных общественных благ характерно так называемое переполнение, когда при значительном количестве потребителей общественного блага дальнейшее увеличение числа потребителей приводит к исчезновению несоперничества в потреблении.

В здравоохранении также существуют общественные блага, переданные в частную собственность: лекарства, отпускаемые по рецепту. После того, как

---

[13] Пономаренко Е. В., Исаев В. А. Экономика и финансы общественного сектора //М.: ИНФРА-М. – 2007. С. 82-96

[14] Якобсон Л. И. Экономика общественного сектора. Учебник для вузов. // М. Издательство Юрайт. – 2015. С. 13-38

[15] Общественное здравоохранение – вся сфера экономики, связанная с обеспечением здоровья населения, включая как частное, так и государственное здравоохранение. В сферу общественного здравоохранения традиционно входят санитарно-эпидемиологические станции, общественные оздоровительные центры и т.д. Эти учреждения обычно финансируются из государственного бюджета на основе принципа содержания, т.е. оплачивается их готовность к работе (вложенные ресурсы), а не конкретные ее результаты.

[16] Getzen T.E. Health economics: fundamentals and flow of funds. : John Wiley & Sons New York, — 1997. С. 304-310; Getzen T.E. Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures // Journal of Health Economics. — 2000. Т. 19. № 2. С. 259-270

открытие сделано и подтверждено клиническими испытаниями, реальные издержки производства почти нулевые. Однако, в отличие от вакцины, которая приносит выгоду обществу в целом, подавляя инфекционные заболевания, большая часть выгод от употребления отпускаемых по рецепту лекарств приходится на отдельного потребителя. Закон о патентах наделяет фирму-производителя препарата монопольным правом на определенный срок, так что она может взимать с потребителей плату за осуществленные ранее инвестиции в открытие и тестирование.

При рассмотрении общественных благ мы сталкиваемся с одной и той же проблемой – как разработать такие институты и правила, которые приведут в соответствие индивидуальные стимулы и общественное благосостояние.[17] В этих целях необходимо исследовать эффективность рыночного механизма при воспроизводстве медицинских благ. Медицинские услуги отличаются от обычного товара, производство и потребление которого определяются соотношением спроса и предложения. Объем потребления медицинских услуг не может определяться только уровнем платежеспособности человека. Необходимость корректировки рыночного механизма распределения ресурсов диктуется и тем обстоятельством, что зачастую лица с низким доходом имеют наибольшую потребность в медицинской помощи. Они имеют худшие условия жизни и труда, соответственно показатели их здоровья ниже, чем у обеспеченных слоев населения.

Итак, здравоохранению присущи определенные особенности, которые не позволяют рыночному механизму действовать эффективно. Анализ несовершенств рынка медицинских услуг был проведен еще в 1963 г. в статье К. Эрроу [18], считающейся одной из ключевых публикаций в истории становления экономики здравоохранения как научной дисциплины. В частности, неэффективность на рынках здравоохранения возникает в силу несовершенной

---

[17] Getzen T.E. Health economics: fundamentals and flow of funds.: John Wiley & Sons New York, — 1997. С. 28

[18] Эрроу К. Дж. Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения //Вехи экономической мысли. – 1963. – Т. 4. С. 299.

информации (асимметрии информации), неопределенности спроса, и внешних эффектов.

а) Асимметрия информации

В сфере здравоохранения потребитель выбирает форму оплаты, медицинскую организацию, а также объем и условия оказания медицинской помощи. Иными словами, первая область потребительского выбора касается принятия решения о форме финансового обеспечения медицинской помощи, вторая область – выбор поставщика медицинских услуг, а третья область – выбор объема и условий оказания медицинской помощи.[19] Потребительский выбор может быть надежным регулятором распределения ресурсов только при условии полной информированности потребителя и его независимости от производителя.

Однако на рынках медицинских услуг имеет место асимметрия информации и неопределенность, которые не позволяют индивидам осуществлять рациональный выбор медицинской помощи приемлемого качества. Часто у пациента нет ни достаточного времени для сбора и изучения необходимой информации, ни необходимой квалификации, чтобы принять обоснованное решение о выборе врача, медицинского учреждения и методе лечения. Иногда такой выбор полностью исключен недееспособностью человека и экстренным характером потребления услуг. Именно это обстоятельство придает медицинским услугам характер доверительных благ, т.е. таких благ, сведения о результатах потребления которых становится доступными и очевидными спустя определенное время.[20]

Если модель идеального рынка предполагает, что покупатель принимает решение свободно, без внешнего давления, в здравоохранении ситуация сложнее. Согласно К. Эрроу, именно врач решает проблему неопределенности для плохо информированного пациента путем установления диагноза и объема услуг, которые тот должен приобрести сам или получить за счет других источников

---

[19] Дигилина О.Б. Экономика здравоохранения - микроэкономические перспективы. Модуль 1. Методическое пособие // Проект ЕС ТЕМПУС: Учебная программа MBA "Менеджмент в здравоохранении" в Российском Университете Дружбы народов. — 2009. С. 29

[20] Баранов И.Н. Конкурентные механизмы предоставления медицинских услуг// Внедрение конкуренции на регулируемых рынках.–Ч. II. — 2010. С. 207-241.

финансирования. Одновременно с этим, врачи имеют экономические интересы, что создает потенциальные условия оказания чрезмерного объема услуг: возникает индуцированный (навязанный) спрос, что порождает сильные затратные тенденции в здравоохранении.[21] В своих исследованиях американские экономисты Д. Дранов и М. Саттервейт определяют, что в условиях асимметричной информации решающая роль в определении объемов потребления принадлежит производителям (врачам), а не потребителям.[22] Таким образом, врач выступает одновременно в роли поставщика услуг и агента пациента, что создает условия для конфликта интересов, известной как проблема агента и принципала. Итак, информационная асимметрия создает условия для рыночной власти поставщиков услуг, которая проявляется не только в увеличении объемов помощи сверх необходимого уровня, но и в понижении качества услуг.

Одной из особенностей здравоохранения является тот факт, что спрос на медицинские услуги может возникнуть неожиданно. Обычно люди не могут предсказать, когда им понадобится медицинская помощь, поэтому им трудно планировать расходы на здравоохранение и делать необходимые сбережения. В рыночной системе существует механизм, способный бороться с проблемой неопределенности спроса – страхование.[23]

Однако рынку медицинского страхования присущи две проблемы, снижающие эффективность работы рыночного механизма: моральный риск и неблагоприятный отбор. Эти проблемы, которые иногда также определяют как скрытые действия и скрытую информацию, впервые были подробно рассмотрены

---

[21] Эрроу К. Дж. Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения //Вехи экономической мысли. – 1963. – Т. 4. С. 299.

[22] Dranove D., Satterthwaite M. A. The industrial organization of health care markets //Handbook of health economics. – 2000. – Т. 1. С. 1093-1139.

[23] Необходимо отметить, что когда услуга финансируется путем страхования перед третьими лицами, а не напрямую, путем индивидуального приобретения, эта услуга приближается к общественному благу. Когда люди приобретают блага, они могут самостоятельно принять решение относительно качества блага и его характеристик: так, один может выбрать высокое качество, другой низкое; один предпочитает синий цвет, другой зеленый, и т.д. При объединении рисков, все индивиды внутри группы становятся одинаковыми, а существующая между индивидуумами дифференциация по оплате элиминируется. Поскольку медицинское обслуживание финансируется на групповой основе путем обязательного медицинского страхования, любое изменение качества или стандартов предоставления услуги затрагивает каждого члена группы и приближает медицинские услуги к категории общественных благ.

в работах таких американских ученых как Д. Стиглиц и М. Ротшильд.[24] Моральный риск и неблагоприятный отбор проявляются и во многих ситуациях, когда один из участников сделки лучше информирован, чем другие. В контексте медицинского страхования обе проблемы возникают из-за того, что застрахованный индивид знает о состоянии своего здоровья больше, чем страховая компания.[25]

Моральный риск на рынках медицинского страхования связан с тем, что при условии покрытия затрат на медицинские услуги за счет страховки, потребители не сопоставляют прирост выгоды от потребления с увеличением собственных расходов, что может привести к потреблению медицинских услуг сверх эффективного объема. Еще одной формой морального риска является отсутствие у индивидов стимулов к поиску поставщиков услуг, предлагающих наименьшую цену при сопоставимом уровне качества.[26] С другой стороны, если оплата услуг врачей полностью покрывается за счет страховки, то у них также отсутствуют стимулы к экономии расходов. Это может привести к тому, что пациент будет обращаться к врачу по малейшему поводу, а врач, понимающий, что бремя расходов несет не пациент, а страховая компания, будет назначать ему дорогостоящее или даже избыточное лечение. Наличие морального риска, таким образом, приводит к избыточному лечению и росту расходов сверх эффективного уровня.[27]

В своих исследованиях Д. Стиглиц и М. Ротшильд показывают, что *неблагоприятный отбор,* возникает, когда страховые компании не могут определить вероятность наступления неблагоприятного события для отдельных клиентов. Если страховые компании не обладают информацией для дифференциации клиентов по состоянию здоровья, установление единой цены полиса в соответствии со средней вероятностью заболевания мотивирует

---

[24] Stiglitz J. E. Information and economic analysis: a perspective //The Economic Journal. – 1985. С. 21-41.
[25] Баранов И.Н. Конкурентные механизмы предоставления медицинских услуг // Внедрение конкуренции на регулируемых рынках.–Ч. II. — 2010. С. 207-241.
[26] Там же
[27] J. Le Grand. The Economics of Social Problems: J. Le Grand, C. Propper, S. Smith. UK, Basingstoke: Palgrave MacMillan, 4th edition, 2008. С. 43-64

приобретать полисы группы населения с высокой вероятностью обращения за медицинской помощью. Поскольку с этими группами связаны и более высокие выплаты при наступлении страхового случая, равно как и более высокая вероятность его наступления, расходы страховых компаний могут превысить запланированный уровень. Это вызовет повышение цены полиса и, как следствие, еще более дестимулирует группы населения с хорошим состоянием здоровья приобретать полисы. Действие неблагоприятного отбора приведет к вымыванию этих групп со страхового рынка.[28] Наличие морального риска и неблагоприятного отбора означает, что рынок частного страхования будет существенно меньше, чем он мог бы быть в ситуации полной информации о поведении покупателей. Согласно М. Ротшильду и Д. Стиглицу, неблагоприятный отбор может привести к провалу конкуренции на страховых рынках.[29]

Таким образом, последствиями информационной асимметрии на рынке медицинских услуг являются:

- усложнение потребительского выбора;
- ослабление влияния потребителя на показатели деятельности поставщиков услуг (слабость рыночного сигнала);
- нарушение принципа независимости сторон рыночной сделки, возможность искусственного генерирования спроса;
- усиление рыночных позиций поставщика медицинских услуг.[30]

Проблема асимметричной информации на рынках медицинских услуг и на страховых рынках в наибольшей мере проявляется в странах с развитой рыночной экономикой, где значительна доля частного сектора в сфере здравоохранения вообще и на рынке медицинских услуг в частности и где развито частное медицинское страхование. Вместе с тем проблема актуальна и в странах с

---

[28] Баранов И.Н. Конкурентные механизмы предоставления медицинских услуг // Внедрение конкуренции на регулируемых рынках.–Ч. II. — 2010. С. 207-241.
[29] Stiglitz J. E. Information and economic analysis: a perspective //The Economic Journal. – 1985. С. 21-41.
[30] Аузан, А.А. Институциональная экономика: новая институциональная экономическая теория: учебник. под общ. ред. А.А. Аузана. – М.: Инфра-М, 2007. С. 255-300

переходной экономикой, со слабо развитыми институтами, обслуживающие рынки медицинских услуг.[31]

б) Внешние эффекты

Еще одна особенность здравоохранения, создающая препятствия для эффективного распределения ресурсов в рыночной системе, связана с наличием внешних эффектов, или экстерналий. Производство или потребление благ создает положительные экстерналии, когда третья сторона, не участвующая в производстве (потреблении) данного блага, тем не менее получает выигрыш от действий участников сделки, не оплачивая при этом полученные выгоды. И наоборот, отрицательный внешний эффект имеет место, если на третьих лиц ложится часть издержек сделки, в которой они не участвовали.

Определенные виды услуг в сфере здравоохранения, в том числе лечение инфекционных заболеваний, создают положительные экстерналии. Например, если часть индивидов решит сделать прививку от коклюша, они не только снизят вероятность своего заражения этой болезнью, но и уменьшат риск заражения для других людей. Таким образом, вакцинация создает выгоды не только для тех, кто в ней участвует (т.е. внутренние, или частные, выгоды); она приносит пользу и всем остальным (т.е. создает внешние выгоды). Аналогично и лечение инфицированного пациента влечет за собой выгоды для всего общества, так как снижает вероятность контактов с носителем заболевания.[32]

Чем больше размер экстерналий, тем существеннее разница между частными и общественными выгодами или издержками. В случае значимой величины экстерналий рыночная экономика не может считаться эффективной. Провалы рынка, вызванные наличием внешних эффектов, действительно имеют большое значение в случае с инфекционными заболеваниями. Считается, что в развитых странах внешние выгоды от борьбы с инфекционными заболеваниями относительно невелики, а потому и потери от неэффективных решений

---

[31] Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения // М.: Издатцентр. — 1998. С. 27-37.

[32] Атун Р. Финансирование здравоохранения и борьба с инфекционными заболеваниями: основные проблемы и выводы. Атун Р., Кокер Р. МакКи М. //Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний. - 2009. С. 48-64

незначительны. Однако для стран с высоким уровнем распространения инфекционных заболеваний эта проблема принимает значительные масштабы. Более того, даже в развитых странах случаются вспышки инфекций (например, быстрое распространение туберкулеза в США) или появляются новые болезни (такие как ВИЧ/СПИД в 1980-е гг.). Кроме того, в благополучных странах уровень вакцинации населения может снижаться, поскольку многие люди верят, что определенные болезни больше не представляют угрозы, или потому что опасаются побочных эффектов самой вакцинации. На практике крайне сложно определить масштаб таких экстерналий и провести их количественную оценку. Поэтому трудно и оценить соответствующую необходимую степень государственного вмешательства.

в) Справедливость

Проблема социальной справедливости неразрывно связана с проблемой эффективности распределения медицинских благ. Если эффективность производства зависит от действующей экономической модели, то социальная справедливость связана с институциональной средой общества, и потому различается в зависимости от доминирующих представлений о справедливости.[33]

Применительно к сфере здравоохранения распространены три концепции справедливости:

1) минимальные стандарты лечения для всех нуждающихся;
2) одинаковое лечение в одинаковых случаях;
3) равенство доступа или издержек.

В условиях частных рынков бедные индивиды могут оказаться неспособными приобрести полис медицинского страхования или оплатить медицинские услуги. Не существует рыночных механизмов, гарантирующих, что все нуждающиеся смогут получить хотя бы минимальный набор медицинских услуг. Не существует также и механизма, который привел бы к равному обеспечению медицинскими услугами больных с одинаковыми показаниями.

[33] Экономика здравоохранения:учебн.-метод. пособие / В.А. Исаев, Н.А. Нуреева, Е.В. Пономаренко. — М.: Агор, 2008. С. 37-46.

Богатые скорее приобретут медицинские услуги лучшего качества, а здоровые люди смогут купить полисы медицинского страхования по более выгодным тарифам и (или) с максимальным покрытием расходов на лечение. И наконец, в рыночной экономике покупатели сталкиваются с одинаковой ценой на одни и те же медицинские услуги, однако эта цена будет означать относительно большие затраты для бедных, чем для обеспеченных индивидов (поскольку отнимет более высокую долю их дохода). Таким образом, можно утверждать, что при рыночном распределении ресурсов будет иметь место неравенство затрат и, следовательно, неравенство доступа к медицинским услугам.

Таким образом, именно наличие «провалов рынка» в области здравоохранения в значительной степени ограничивает возможности эффективного взаимодействия поставщиков и потребителей на рынках услуг здравоохранения. Рынок вознаграждает тех, кто удовлетворяет потребности потребителей, но не тех, кто производит общественные блага, такие как фундаментальные исследования, контроль за распространением инфекционных заболеваний и этические стандарты профессионального образования. Несмотря на то, что рынок обеспечивает выгодное для общества объединение рисков в страховании, влияние неблагоприятного отбора может быть настолько значительным, что страхование может стать неустойчивым или быть не в состоянии без вмешательства государства обслуживать наиболее нуждающиеся категории населения. Помимо этого, эффективность не может рассматриваться в качестве единственной цели общества, существуют и другие задачи, такие как справедливость, достижение которой не может быть обеспечено рыночными силами.[34]

Итак, проанализировав основные свойства медицинских услуг как экономических благ, мы видим, что экономика здравоохранения исследует ряд спорных областей знаний, в которых соглашение относительно того, что считать сферой общественных интересов, а что – частных, является двойственным.

Дуглас Норт, лауреат Нобелевской премии по экономике 1993 г.,

[34] Якобсон Л. И. Государственный сектор экономики: экономическая теория и политика //М.: ГУ ВШЭ, 2000. 367 с.

определяет государство как «организацию со сравнительными преимуществами в совершении насилия, расположившуюся в географическом ареале, границы которого определяются ее властью взимать налоги». Государство, в первую очередь, существует, чтобы производить те товары и услуги, которые оно может производить эффективнее, чем рынок. Речь идет об общественных благах, вопрос производства которых является одним из «провалов» рынка.

Эксперты в области здравоохранения не могут прийти к единому мнению относительно степени необходимого государственного вмешательства в сектор здравоохранения. Учитывая противоречивый характер медицинских услуг, экономическая теория общественных благ, объясняющая эффективность государственного вмешательства в экономику, в явном виде не обосновывает необходимость государственного вмешательства в сферу здравоохранения. Однако выводы имеют непосредственное отношение к решениям в секторе здравоохранения: асимметрии информации, проблеме внешних эффектов и проблеме обеспечения справедливости. Вмешательство государства, таким образом, является ответом на провалы со стороны рынка. Так, информация – это экономическое благо, обладающее свойством общественных благ. В секторе здравоохранения именно государство финансирует и обеспечивает и реализацию фундаментальных и практических исследований в сфере здравоохранения, субсидирует медицинское образование, обеспечивает организацию медицинской статистики, создает всеобщую систему санитарно-эпидемического надзора и контроля над распространением заразных болезней. Другой аспект, который так же обеспечивается государством – это распространение существующих медицинских знаний среди населения. Потребители располагают ограниченной информацией по многим вопросам здравоохранения и безопасности, так как гораздо эффективнее препоручить правительству сбор информации по этим вопросам, чем каждому заниматься этим самостоятельно. Рациональное неведение потребителя означает, что он является сознательным «безбилетником» и проявляется в делегировании правительству полномочий по принятию определенных решений, в случае, когда поступить так обойдется дешевле.

Внешние эффекты тоже лежат в основе государственного административно-правого регулирования в здравоохранении, т.е. в основе законодательства, регулирующего важные аспекты общественного здравоохранения. Положительные и отрицательные внешние эффекты в здравоохранении объясняют необходимость государственного субсидирования всеобщей вакцинации населения против инфекционных заболеваний, государственного финансирования научных исследований в сфере здравоохранения, необходимость законодательства, регулирующего санитарно-гигиенические нормы в производстве продуктов питания, а также предпринимаемые профилактические меры, включая диспансеризацию населения и всеобщий доступ к скорой медицинской помощи.

Общественно значимый характер медицинских услуг обуславливает особую роль принципов доступности и равенства в их потреблении. Основой развития отрасли является общественная солидарность – богатый платит за бедного, здоровый – за больного. Реализация этого принципа требует активного вмешательства государства. Это осуществляется не с позиций экономической эффективности, а с позиций социальной справедливости. Во всех развитых странах действуют развитые системы общественного финансирования здравоохранения. Использование рыночных механизмов в таких системах может вступать в конфликт с целями обеспечения общественных результатов, в том числе солидарности. Таким образом, почти во всех странах мира государство вмешивается в функционирование рынков медицинской помощи.

В развитых странах государство играет решающую роль в финансировании системы здравоохранения. Средства для финансирования формируются при этом и с помощью общих налоговых поступлений, и специальных налогов и взносов, взимаемых с работодателей и работников (система страхования). В некоторых системах государственного здравоохранения, например, в Великобритании, налогообложение совмещается с государственным предоставлением медицинских услуг: средства на нужды здравоохранения формируются из общих налоговых поступлений, а медицинские услуги гражданам предоставляются с помощью

государственных поставщиков. Больницы и поставщики первичной медицинской помощи финансируются государством, и большинство предоставляемых ими услуг бесплатны для пациентов. В других системах здравоохранения, частных системах, таких как в США, субсидии предоставляются лишь отдельным группам населения: пожилым, безработным и малоимущим.[35]

Регулирующие меры государства в здравоохранении направлены на обеспечение стандартов и проверку качества медицинского обслуживания, соблюдения единой формы страховых контрактов, а также мер, снижающих трансакционные издержки. [36] Асимметрия информации на рынке услуг здравоохранения, может привести к завышению цен на медицинские услуги, их перепроизводству, а также к избыточному применению высокотехнологичных методов диагностики и лечения. Прямое государственное обеспечение медицинской помощи может противодействовать подобным тенденциям. В некоторых случаях прямое государственное обеспечение помогает изменить характер и географическое распределение медицинской помощи.[37]

Другая группа мер государственного регулирования касается контроля цен. Так, правительства многих развитых стран предпринимают шаги по сдерживанию расходов и заранее устанавливают расценки на пребывание пациентов в больницах исходя из терапевтической группы, к которой относится заболевание пациента. Механизм регулирования может быть усилен или ослаблен, что позволяет государству в большей или меньшей степени осуществлять контроль. Государство может обязывать без обращения к судебной системе, комбинируя регулирование с финансированием.

Тем не менее, введение ценовых ограничений также может стать причиной неэффективности: при регулировании цен покупатели и поставщики перестают получать должные сигналы со стороны рынка, установление цен на новые

---

[35] Григорьева, Н.С., Чубарова, Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. - М.: Авторская академия, 2013. С. 127-212, Musgrove, P. Public and private roles in health: theory and financing patterns. - The World Bank: Washington DC. – 1996. С. 51-59

[36] Трансакционные издержки – это издержки, связанные с осуществлением трансакций – сделок, облеченных в контрактную форму. Это издержки в сфере обмена, связанные с передачей прав собственности, они не связаны с процессом производства.

[37] J. Le Grand. The Economics of Social Problems: J. Le Grand, C. Propper, S. Smith. UK, Basingstoke: Palgrave MacMillan, 4th edition, 2008. С.32-35

медицинские препараты на низком уровне приводит к потере интереса для производителей к разработке новых препаратов, а завышение цен не позволяет приобретать дорогие препараты. Ценовое регулирование приводит к неэффективному поведению поставщиков медицинских услуг, стимулируя их искать «обходные пути» установленных ограничений: увеличивать число посещений или выписывать лекарства на более короткий срок.

При установлении фиксированных цен на одинаковые медицинские услуги, поставщики будут отбирать больных, которых проще вылечить, избегая тех, у кого тяжелые или осложненные формы заболеваний («снятие сливок» или «избавление от пациентов»), что имеет негативные последствия в терминах социальной справедливости. Кроме того, если государство напрямую предоставляет блага потребителям, то конкуренция либо запрещена, либо ограничена размером общественного сектора, что приводит к неэффективному производству медицинских услуг общественным сектором. Это также влияет на масштабы инновационной деятельности. Внедрение целевых индикаторов, в свою очередь, приводит к переориентации поставщиков медицинских услуг на достижение этих индикаторов в ущерб интересам пациентов. Субсидирование сектора здравоохранения может привести к существенным искажающим эффектам в области эффективности и справедливости услуг здравоохранения: при значительном снижении цены по причине субсидирования может возникнуть избыточное потребление или избыточный спрос, что приводит к проблемам в области распределения ресурсов медицинской помощи.

Таблица 1.1

Провалы рынка и провалы государства в сфере здравоохранения

Ограничения рыночного механизма	Ограничения государственного регулирования
Приоритетом для производителей медицинских товаров и услуг является максимизация прибыли, а не здоровье населения или благосостояние общества;	Ограниченная или запрещенная государством конкуренция в секторе здравоохранения приводит к неэффективному производству медицинских товаров и услуг общественным сектором;
Без государства неблагоприятный отбор может разрушить частные страховые рынки, а влияние морального риска приводит к потреблению медицинских услуг сверх	Подавление ценового механизма искажает сигналы со стороны рынка, приводя к неэффективному поведению поставщиков медицинских услуг;

эффективного объема;	
Без вмешательства государства поставщики медицинских товаров и услуг предпочтут использование дорогостоящей, но выгодной для них технологии, а не более экономичный и эффективный аналог;	Государство должно действовать, «не причиняя вреда», и избегать потерь (не учитывая скрытые потери – альтернативные издержки).
Рынок не производит общественные блага: фундаментальные исследования, контроль за распространением инфекционных заболеваний, установление стандартов профессионального образования, проведение профилактических мер и т.п.;	Нет стимулов со стороны государства для развития новых технологий
Принципы конкурентной среды не соответствуют врачебной этике.	Нет автоматического механизма, реагирующего на изменение спроса или предложения.

Источник: составлено автором на основе Getzen T.E. Health economics: fundamentals and flow of funds. : John Wiley & Sons New York, 1997

Экономическая эффективность в рыночной экономике достигается тогда, когда ресурсы достаются тем, кто может наилучшим способом их использовать, а рациональность в экономическом анализе – это следование собственному интересу и выбор оптимальных средств достижения цели. Возможность реализации данного подхода присуща только идеальному типу функционирования рынка. В реальной действительности поведение и решение индивида будут другими, если он действует *в условиях неполной информации, ограниченной рациональности и оппортунистического поведения*[38].

Согласно исследованиям специалистов ВОЗ, рыночная модель организации системы здравоохранения дает результаты, если есть достаточный потенциал для конкуренции, инвестиции не связывают поставщиков с определенными покупателями, нет особой сложности и неопределенности трансакций, а также отсутствует экономия на масштабах производства.[39]

Однако данные характеристики не часто встречаются на рынках медицинских услуг. Есть и другие факторы, ограничивающие рыночное взаимодействие между субъектами здравоохранения и усложняющие комплекс

[38] Ограниченная рациональность связана с наличием ограничительных познавательных способностей индивида в получении и обработки информации и ведет к такому понятию, как «неполнота договоров». Оппортунистическое поведение – это поведение экономического агента, который стремится к получению личной выгоды, что препятствует выполнению заключенного между сторонами договора.

[39] Figueras J. Purchasing to improve health systems performance, Figueras J., Robinson R., Jakubowski E.: McGraw-Hill International, — 2005. С. 44

отношений в этой сфере. Согласно С.В. Шишкину, решающую роль в повышении эффективности деятельности агента играет сильное давление принципала. Без этого фактора отношения неустойчивы даже при наличии конкуренции. Данный вывод отражает особую природу отношений в общественном здравоохранении – обязательное следование целям и приоритетам политики государства, обеспечение солидарности в системе и решающая роль государства в выстраивании мотивации субъектов отношений.

Развивая данные положения, российский экономист М.И. Шейман исследует особенности *сетевой модели*[40] отношений в системе финансирования медицинской помощи. Сетевая модель напоминает внутрикорпоративную систему отношений, такие отношения не являются рыночными, но укрепляют рыночные позиции медицинских учреждений. В таком случае конкурируют не сами экономические агенты, а их сети. Особую роль в построении сетевой модели играют вопросы мотивации поставщиков услуг, взаимодействия и координации всех участников системы здравоохранения, а также преодоление мотивационных изъянов.

Рассматривая вопрос мотивации поставщиков услуг с теоретических позиций, Дж. Стиглиц указывает на значительную силу таких факторов, как:

- профессиональные связи, ограничивающие действие конкурентных сил;
- достижение признания высокой квалификации, т.е. репутация: опыт, объем деятельности в предыдущий год, место сложных случаев в клинической практике, результаты лечения, уважение коллег, доверие пациентов;
- комплекс факторов – «социальные механизмы»: ограничение доступа в сеть, культура членов сети, коллективные санкции, репутационное принуждение.

Формы мотивации врача являются «социальным контрактом», важнейшим фактором которого является профессиональная самоорганизация врачей, а целью

---

[40] Сетевая модель основана на силе социальных связей, возникающих в ходе хозяйственной деятельности, стороны выполняют свои обязательства путем совместных действий по выбору наиболее эффективных решений. Участники таких отношений принуждаются к выполнению своих обязательств на основе норм, характерных для определенной сети. Возникает «внерыночный тип двустороннего партнерства – двусторонне управление сделкой».

– обеспечение высоких профессиональных и этических норм деятельности. Мотивация врачей формируется под сильным влиянием коллективных действий профессионального сообщества.[41]

Кроме того, каждый в отдельности поставщик услуг сталкивается с проблемой координации своих действий с другими поставщикам, особенно в тех случаях, когда имеет дело с хроническими больными или случаями несколько одновременно протекающих заболеваний. Для развитых западных стран фрагментация деятельности медицинских служб стала серьезным вызовом системе управления здравоохранением, а преодоление фрагментации, то есть формирование интегрированной системы здравоохранения стало самостоятельным направлением государственной политики. Значительный объем научных исследований посвящен поиску направлений и механизмов интеграции с учетом специфики национального здравоохранения.

Обобщая исследования зарубежных и отечественных специалистов здравоохранения, И. М. Шейман и В.И. Шевский разработали аналитическую модель интеграции здравоохранения, призванную дать основу для эмпирических оценок уровня фрагментации или интеграции системы здравоохранения.[42] Эта модель включает три главных характеристики интеграции:

1) совместная работа различных служб;
2) координация действий;
3) преемственность оказания медицинской помощи.

Эти характеристики наиболее полно отражают процесс интеграции, в рамках которого формируются междисциплинарные группы поставщиков медицинских услуг, работающие на основе общих клинических рекомендаций, и взаимодействующие между собой для достижения более высокого клинического результата, а каждый этап ведения пациента увязывается с предыдущим и

[41] Стиглиц Д.Э. Экономика государственного сектора.: Изд-во Моск. ун-та: Изд. Дом "ИНФРА-М" М., — 1997. С. 86-94

[42] Шевский В.И., Шейман И.М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения //Вопросы государственного и муниципального управления// – 2013. – №. 3. С. 24-47.

последующим этапами. Уровень совместной работы, координации и преемственности лечения определяется тремя группами инструментов.

Обмен информацией обеспечивает устойчивые связи между различными поставщиками медицинских услуг, интегрирует разные этапы оказания медицинской помощи, позволяет избежать дублирования диагностических исследований, создает условия для взаимодействия между врачами и пациентами. *Интегрированные методы оплаты* медицинской помощи позволяют создать экономические стимулы для совместной работы амбулаторной и стационарной служб, обеспечивают преемственность лечения. *Общие клинические рекомендации* определяют правила клинической работы для объединенных групп поставщиков услуг и определяют «маршруты» пациентов в многоуровневой системе оказания медицинской помощи.[43] Каждой характеристике и инструменту интеграции соответствует набор показателей. В совокупности они могут быть основой для оценки уровня фрагментации/интеграции здравоохранения.

Эмпирические исследования показывают, что основная проблема фрагментации медицинской помощи заключается в отсутствии общей заинтересованности специалистов здравоохранения в рациональном использовании ресурсов и достижения более высоких показателей здоровья населения. Стратегия реструктуризации здравоохранения не должна ограничиваться мерами по совершенствованию деятельности отдельных медицинских служб. Необходимы меры системного характера, направленные на усиление интеграции отдельных этапов оказания медицинской помощи.

Подводя итоги отметим, что высокое государственное участие в регулировании и финансировании систем здравоохранения объясняется возрастанием доли чистых и смешанных общественных благ в здравоохранении развитых стран. Общественно значимый характер медицинских услуг обуславливает особую роль принципов доступности и равенства в их потреблении. В данных условиях вмешательство государства осуществляется не с позиций экономической эффективности, а с позиций социальной справедливости.

---

[43] Ашер Я. Модернизация здравоохранения в России.: Ашер Я., О'Коннелл Ш., Урожаева Ю. — 2012. С. 67-77.

Рыночное механизмы регулирования здравоохранения призваны внедрить конкуренцию в сектор с целью повышения эффективности деятельности участников и снижения расходов. Однако с внедрением рыночных реформ в сектор здравоохранения появилась проблема фрагментации действий отдельных участников системы, проблемы, связанные с моральным риском, неблагоприятным отбором и внешними эффектами.

Таким образом, и у государственного, и у рыночного регулирования есть свои достоинства и недостатки. Они связаны с тем, что функционирование системы здравоохранения основано преимущественно на силе социальных связей, возникающих в ходе деятельности участников системы, и особую роль в таком типе отношений играют вопросы их мотивации, взаимодействия и координации. Найти наилучшее сочетание между моделями государственного и частного здравоохранения призваны исследования зарубежных и отечественных специалистов, посвященные разработке модели интеграции медицинских услуг с учетом национальных особенностей систем здравоохранения.

1.2 Теоретические подходы к реформированию современных систем здравоохранения

Типы систем здравоохранения в современном мире

Существуют различные определения систем здравоохранения, приводимые аналитиками и организациями.[44] В нашем исследовании мы исходим из того, что система здравоохранения в каждой стране - это результат особенностей развития ее уникальных характеристик, истории, политического процесса, и национального характера народа. Анализ показывает, что существующие в настоящий момент системы организации и финансирования здравоохранения отличаются большим разнообразием и национальной спецификой, отражающими социально-экономическое развитие стран мира, политическое устройство, принятую в обществе систему ценностей, уровень социальной солидарности и т.д. Под

[44] Особые различия касаются способа определения границ систем. Существует узкий подход к определению систем здравоохранения, где основное внимание сосредоточено на медицинском обслуживании, пациентах, точечных критериях потребностей в медицинской помощи и услугах при возникновения заболевания, инвалидности и смерти. С другой стороны существуют подходы, охватывающие все параметры, прямо или косвенно влияющие на уровень здоровья.

воздействием друг друга системы постоянно развиваются и видоизменяются. Экономические модели систем охраны здоровья разных стран могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах.

Общепринятая классификация экономических моделей системы здравоохранения является лишь теоретическим отражением реальной ситуации. Экспертами Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) [45] предложена классификация, по которой различается три первичных типа систем здравоохранения:

- система частного здравоохранения с финансированием на основе рыночных принципов страхования;
- система обязательного медицинского страхования (социально-страховые система, система Бисмарка);
- система бюджетного финансирования здравоохранения (государственная система, система Бевериджа).

Однако в основе выделения перечисленных типов систем лежит не только роль государства. Еще одним фактором для выделения типов системы здравоохранения является понимание и определение медицинской услуги как блага. Различные модели организации здравоохранения по-разному учитывают специфику медицинской услуги как товара. [46] Сравнительная характеристика типов систем здравоохранения представлена нами в таблице 1.2.

Таблица 1.2

[45] S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner

[46] Омельяновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения// Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. - 2014. - № 3. С. 22-34, Баранов И. Н. Новый государственный менеджмент: эволюция теории и практики применения // Российский журнал менеджмента. – 2012 – №. 1. С. 51-64

Сравнительные характеристики основных типов систем здравоохранения

Тип модели	Социально-страховая				Бюджетная	Частное финансирование
Страна	Германия	Япония	Франция	Канада	Великобритания	США
Принцип, лежащий в основе модели	Здоровье – фактор, определяющий качество "человеческого капитала". Медицинская услуга - затраты, необходимые для поддержания здоровья	Медицинская услуга смешанное общественное благо. Программы ОМС возмещают часть затрат на медицинскую помощь	Медицинская услуга - смешанное общественное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь. Богатый платит за бедного, здоровый - за больного	Медицинская услуга – общественное благо. Систему здравоохранения должно контролировать государство	Медицинская услуга - общественное благо. Богатый платит за бедного, здоровый - за больного	Медицинская услуга – частное благо, т.е. товар, который может быть куплен или продан
Доля расходов на здравоохранение, в % от ВВП	11,30%	10,10%	11,80%	10,90%	9,40%	18%
Контроль эффективности расходования средств	Контроль осуществляют частные и государственные страховщики	Контроль осуществляется страховыми фирмами - частными страховщикам	Контроль осуществляют страховщики: частные страховые фирмы и государственная организация социального страхования	Контроль осуществляет государство	Контроль осуществляет – государство в лице Министерства здравоохранения	Контроль осуществляется страховыми фирмами – частными страховщиками
Доступность медицинского обслуживания	90% населения охвачено программами ОМС; 10% - программами ДМС; при этом 3% застрахованных в ОМС имеют ДМС.	40% населения охвачено национальной системой страхования; 60% - профессионально-производственной системой страхования	80% населения охвачено программами ОМС	98-99% населения охвачено программами ОМС	Всеобщая доступность, государственное финансирование медицинской помощи	Ограничивается платежеспособностью пациентов, программы для пожилых и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся
Ассортимент доступных медицинских услуг	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Программы ОМС обеспечивают необходимый набор медицинских услуг, внедрение новых методик ограничено	Широкий спектр профилактических мероприятий, набор лечебных услуг ограничен производственными возможностями	Самые разнообразные лечебные и профилактические медицинские услуги

Источник: составлено автором на основании Базы данных ВОЗ, 2013г., Исаев В. А., Нуреева Н. А., Пономаренко Е. В. Экономика здравоохранения: учебн.-метод. пособие // М.: Агар. -- 2008. -- 210 С.-- С. 45

Система частного финансирования здравоохранения основана на принципах рыночного взаимодействия между поставщиками медицинских услуг и их потребителями (пациентами), а также финансовыми посредниками (страховщиками) и работодателями, добровольно несущими расходы по оплате медицинской помощи своим работникам. Для нее характерно отсутствие единой системы государственного медицинского страхования и предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг. В рыночной модели медицинские услуги рассматриваются как любой другой товар, который может быть куплен или продан в соответствии с классическими законами рынка (т. е. с минимальным учетом его социальной специфики). Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко она представлена здравоохранением США, элементы рыночной системы действуют в ЮАР и Южной Корее.

Система обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), социально-страховая или система регулируемого страхования здоровья впервые была создана в Германии в 1883 г. по инициативе О. Бисмарка и поэтому носит название системы Бисмарка. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Медицинская услуга рассматривается в такой системе как смешанное общественное благо, а здоровое население – как основной фактор развития экономики. Система характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или

большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. К данной социально-страховой модели относятся страны со стабильной системой финансирования здравоохранения, основанной преимущественно на страховании, среди которых: Австрия, Бельгия, Германия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Франция, Япония, Канада. При этом конфигурация социально-страховой модели зависит от преобладающих факторов в системе: так, Франция отличается большей близостью к рыночной модели, а здравоохранение Канады и скандинавских стран – к государственной модели.

Система бюджетного финансирования здравоохранения, впервые возникла в общенациональном масштабе в СССР в 1930-е гг., называясь по имени Н.А. Семашко, руководившего ее созданием. В странах с рыночной экономикой аналогичная по принципам система была впервые создана в Великобритании в 1948 г. по инициативе лорда У. Бевериджа и называется Бевериджской системой здравоохранения. Здесь факт покупки или продажи медицинских услуг означает опосредованную покупку национального здоровья, а медицинская услуга рассматривается как общественное благо. Поэтому финансирование медицинской помощи в этой модели производится из средств государственного бюджета, формируемых за счет налогообложения. Государство регулирует распределение ресурсов в соответствии с географическим принципом. Оно выплачивает стоимость медицинской помощи, оказываемой гражданам частнопрактикующими врачами и медицинскими организациями, которые в основном являются государственными.

Модель бюджетного финансирования здравоохранения принята в странах со стабильной системой финансирования: Великобритания, Дания, Ирландия, Исландия, Норвегия, Финляндия, Швеция. В этих странах имеет место почти

всеобщий охват населения медицинской помощью. Рассмотренные типы систем здравоохранения обладают как положительными, так и отрицательными характеристиками, которые представлены в таблице 1.3

Таблица 1.3

Преимущества и недостатки основных типов систем здравоохранения

Тип модели	Преимущества	Недостатки
Частное финансирование	• акцентирование внимания на качестве медицинской помощи, защите прав пациента; • свобода выбора врача и медицинских учреждений; • высокий уровень оплаты труда медицинских работников; • стимулирующая роль конкуренции между поставщиками медицинских услуг; • высокие затраты на научные исследования и внедрение высоких технологий	• чрезмерный рост затрат на здравоохранение; • отсутствие государственного регулирования и контроля; • отсутствие равного доступа и социальных гарантий для населения; • необоснованность использования дорогих процедур и недобросовестная конкуренция; • провоцирование повышенного спроса на услуги здравоохранения и т.д.
Бюджетная	• ориентация на профилактику заболеваний; • заинтересованность в уменьшении заболеваемости, снижении объемов медицинских услуг со стороны врачей из-за централизованного характера финансирования услуг здравоохранения; • всеобщий охват и доступ к медицинской помощи	• высокая зависимость финансирования здравоохранения от затрат по другим статьям расходов бюджета; • игнорирование прав пациентов; • снижение качества медицинских услуг; • сдерживание внедрения новых медицинских технологий.
Социально-страховая	• разделение функций финансирования и оказания медицинских услуг; • контроль качества медицинской помощи и расходов на ее оказание со стороны финансирующих организаций; • высокая степень охвата населения ОМС, гарантированный объем бесплатно предоставляемой помощи; • свободный выбор работодателем и населением фондов (организаций) медицинского страхования.	• зависимость доходной базы от взносов работающего населения; • большое количество и многообразие страховых программ и фондов затрудняет проведение единой политики охраны здоровья населения; • неравенство доступа к услугам, обусловленное отсутствием взаимодействия между фондами, созданными по региональному принципу; • фрагментарность программ приводит к удорожанию стоимости лечения и т.д.

Источник: составлено автором на основе исследований G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner

В основе каждой из рассмотренных моделей организации системы здравоохранения лежит различное понимание того, что же является товаром в сфере здравоохранения, и именно этот фактор определяет и роль государства в системе охраны здоровья, и формирование цен на рынке медицинских услуг, и оплату труда специалистов, занятых в этой сфере. Существует широкий диапазон стратегий реформирования для решения проблем систем здравоохранения и ее улучшения в условиях возрастающих ожиданий граждан. Для анализа их

эффективности рассмотрим теоретические подходы к реформированию систем здравоохранения.

Общие теоретические подходы к реформированию систем здравоохранения

Итак, рыночная система и государственное регулирование по отдельности не могут достичь оптимального сочетания эффективности и справедливости в здравоохранении. Признание данного факта стало причиной поиска новых решений, которые позволили бы объединить достоинства рыночных и государственных механизмов распределения ресурсов в сфере медицинской помощи.

Из-за усиливающегося в 1980-х гг. интереса к рыночным моделям здравоохранения, вызванного кризисом государственного регулирования, большинство исследователей сконцентрировалось на вопросе о том, как преодолеть провалы рынка и активизировать действие рыночных сил в секторе здравоохранения. В своей статье «Аномальная экономика в секторе здравоохранения» У. Сяо[47] доказывает, что экономика здравоохранения – это «искаженная экономика», т.е. экономика, в которой могут действовать рыночные силы, но их влияние на объем медицинских услуг, их цену и качество может существенно отличаться от большинства других товарных рынков. Таким образом, в случае, когда государство хочет применить рыночные механизмы для регулирования сектора здравоохранения, ему необходимо совершенно четко знать, где эти механизмы следует использовать, и где они будут работать хорошо.

Не существует единого мнения о том, насколько интенсивной должна быть конкуренция в здравоохранении. Основные факторы применения конкуренции в секторе здравоохранения состоят в степени ее влияния на качество медицинской помощи, общественное благосостояние и потребительский выбор. Эти вопросы рассматривали в своих работах такие эксперты в области экономики здравоохранения, как Т. Райс,[48] Д. Дранов и М. Саттертуэйт,[49] А. Энтховен,[50] М.

---

[47] Hsiao W. C. Abnormal economics in the health sector //Health policy. – 1995. – Т. 32. – №. 1. С. 125-139.
[48] Rice T. et al. The state of PPOs: results from a national survey //Health Affairs. – 1985. – Т. 4. – №. 4. С. 25-40.

Гейнор,[51] М. Портер и Э. Тейсберг.[52] Согласно современным исследованиям, существуют убедительные аргументы как в пользу применения конкуренции, так и против нее. Самый убедительный довод в пользу поощрения конкурентной борьбы был выдвинут М. Портером и Э. Тейсберг, которые доказали, что конкуренция позволяет создать мощные стимулы, побуждающие поставщиков медицинских услуг к разработке инновационных решений, благодаря которым возможно предоставление медицинских услуг пациентам более высокого качества и по меньшей цене. Противники этого подхода утверждают, что конкуренция между поставщиками медицинских услуг не позволит оказывать качественную медицинскую помощь, поддерживая при этом цены на разумном уровне. Так, Т. Райс, А. Энтховен и М. Гейнор считают, что ничем не ограниченная свобода выбора может быть деструктивна и тормозить прирост общественного благосостояния. В том случае, когда издержки получения и обработки информации слишком высоки, снижается равенство в возможностях удовлетворения потребностей разных групп населения в медицинской помощи и совокупные издержки общества, связанные с предоставлением выбора, превышают дополнительные блага. Помимо этого, конкуренция часто поощряет создание избыточных мощностей и дублирование услуг, что может привести к распространению практики навязывания услуг поставщиками. Также в некоторых системах здравоохранения конкуренция между поставщиками медицинских услуг может привести к приоритетности коммерческого успеха перед оказанием помощи пациентам и к ухудшению положения наименее состоятельных слоев населения, что обострит проблему неравного доступа пациентов к медицинским услугам. Основная причина описанных выше проблем, по мнению экспертов, заключается в том, что основные механизмы, благодаря которым в обычных

---

[49] Dranove D., Satterthwaite M. A. The industrial organization of health care markets //Handbook of health economics. – 2000. – Т. 1. С. 1093-1139.

[50] Enthoven A. C. Market forces and efficient health care systems//Health Affairs – 2004 – Т. 23 – №. 2 С. 25-27

[51] Gaynor M. What do we know about competition and quality in health care markets? – National Bureau of Economic Research, 2006. №. w12301. 40 с.

[52] Porter M. E., Teisberg E. O. Redefining health care: creating value-based competition on results. – Harvard Business Press, 2006. 507 с.

рыночных условиях конкуренция способствует положительной динамике, не работают в секторе здравоохранения.

Вопрос влияния конкуренции на потребительский выбор и качество медицинских услуг рассматривается западными экономистами в зависимости от ситуации регулируемых и нерегулируемых цен в секторе здравоохранения. При регулируемых ценах конкуренция больниц смещается в сторону качества медицинской помощи. Для привлечения врачей и пациентов больницы предлагают новые медицинские технологии, способные обеспечить более высокие результаты лечения, а реальный выбор зависит от точности информации об этих показателях. Большое значение имеет уровень регулируемой цены: если цена не покрывает фактических издержек, то стимулы к конкуренции качества снижаются, а затраты могут быть переложены на пациентов в форме формальных и неформальных платежей. При нерегулируемых ценах, когда цена устанавливается самой больницей, конкуренция сосредоточена на соотношении «цена-качество». Выигрывают те больницы, которые способны обеспечить более высокое качество на единицу затрат. Чтобы улучшить соотношение «цена-качество», необходима информация о качестве, тогда выбор потребителя будет более рациональным, а эластичность по качеству будет снижаться по сравнению с эластичностью по цене. В ситуации более информированного спроса для потребителя будут приемлемы только те улучшения медицинских технологий, которые обеспечивают более высокие результаты лечения.[53] Теоретические положения о зависимости между уровнем рыночной конкуренции и показателями качества медицинской помощи были проверены исследованиями в США и Великобритании. Однако на сегодняшний день до сих пор нет доказательств того, что конкуренция улучшает или снижает качество медицинской помощи и уровень общественного благосостояния. Многие эксперты здравоохранения считают, что теоретически конкуренция может быть решением многих проблем, но для этого необходимо преодолеть сложный процесс ее «выстраивания».

Таблица 1.4

[53] Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения //М.: Издатцентр —1998. С. 124

Теоретические подходы к реформированию систем здравоохранения

<table>
<tr><td>Типы систем</td><td>Система частного финансирования</td><td>Социально-страховая система</td><td>Бюджетная (государственная система)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Модели</td><td rowspan="2">Модель управляемой конкуренции</td><td colspan="2">Модель квазирыночных отношений в здравоохранении</td></tr>
<tr><td>Модель регулируемой конкуренции</td><td>Модель внутреннего рынка</td></tr>
<tr><td>Основные характеристики</td><td>- "коллективная закупка медицинской помощи от имени большой группы клиентов";
- перенесение ответственности за рациональный выбор со страхователя на самих застрахованных</td><td colspan="2">- финансирующая сторона - информированный покупатель медицинской помощи;
- расширение автономии поставщиков медицинских услуг, повышение их финансовой ответственности за результаты своей деятельности;
- внедрение конкуренции в ситуации твердого бюджета здравоохранения и государственного регулирования;</td></tr>
<tr><td>Потребительский выбор</td><td colspan="2">-расширение индивидуального, информативного, экономически мотивированного потребительского выбора => повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения</td><td>- принцип "деньги следуют за пациентом", население может выбирать медицинские организации для получения помощи, оставаясь "нечувствительным" к цене услуги;</td></tr>
<tr><td>Организация и предоставление мед. услуг</td><td>- повышение уровня управляемости системы оказания медицинской помощи: страховщики объединяются с поставщиками медицинских услуг в интегрированные медицинские системы (УМП)</td><td>- страховщики берут на себя функции по планированию и организации медицинской помощи</td><td>- разделение функция финансирования и оказания медицинской помощи;
- покупатель медицинской помощи оплачивает конечный результат деятельности медиков - объем медицинских услуг, соответствующих установленным стандартам качества</td></tr>
<tr><td>Равенство доступа, охват</td><td>- меры по снижению мотивации страховщиков к селекции рисков;
- единый порядок присоединения к страховому плану страховщика только через спонсора</td><td>- сохранение сложившейся системы государственных гарантий;
- государственное регулирование для солидарности в системах ОМС</td><td>- всеобщих охват и доступ к медицинским услугам с помощью внедрения конкуренции между медицинскими организациями</td></tr>
<tr><td>Эффективность</td><td>- снижение затрат с помощью активизации роли страхователей, только финансирующая сторона решит проблемы неэффективности;
- проблема эффективности: передача ценового сигнала с рынка медицинского страхования на рынок медицинских услуг</td><td>- решающий фактор повышения эффективности - обеспечение конкурентной среды в системе оказания мед. помощи (включая создание интегрированных медико-страховых систем)</td><td>- повышение эффективности при помощи создания конкурентного рынка: взаимодействие медицинских организаций и органа управления здравоохранением на основе рыночной сделки; создание "состязательных рынков" как формы давления на поставщиков медицинских услуг</td></tr>
<tr><td>Роль государства</td><td>- обеспечение социального минимума, независимо от платежеспособности человека и его состояния здоровья;
- сохранение главных характеристик ДМС;
- сбор информации о качестве медицинской помощи, стандартизация набора услуг, предусматриваемых страховым планом.</td><td>- решающая роль у конкурирующих страховых посредников, действующих в системе ОМС;
- государство регулирует такие аспекты, как минимальный набор услуг и стандартов качества; раздел финансовых рисков страховщиков; демонополизация рынка медицинского страхования</td><td>- обеспечение социального минимума, независимо от платежеспособности человека и его состояния здоровья;
- орган государственного управления отказывается от представительства интересов медицинских организаций и является покупателем медицинской помощи в интересах населения;
- сохранение сильного государственного регулирования системы финансирования и оказания медицинской помощи;</td></tr>
</table>

Источник: составлено автором[54]

Итак, в конце 1980-х гг. были разработаны новые подходы к реформированию систем здравоохранения. Их сравнительная характеристика представлена в таблице 1.4. Модель управляемой конкуренции в здравоохранении, основоположником которой является американский экономист Алан Энтховен, была разработана для системы частного финансирования здравоохранения США.[55] Несмотря на это, ее основные положения стали популярны и вошли в основу реформ систем здравоохранения европейских стран с государственным регулированием. В социально-страховой системе - это модель регулируемой конкуренции, а в бюджетной системе – модель внутреннего рынка.

Реформирование систем здравоохранения с частным финансированием: модель управляемой конкуренции

При разработке модели были учтены особенности системы здравоохранения, сложившейся в США. Основными источниками финансирования являются система добровольного медицинского страхования (ДМС), а также программы Medicaid и Medicare для малообеспеченных слоев населения, инвалидов и пенсионеров, финансируемые из государственного бюджета. «Групповое» страхование по ДМС обычно практикуется крупными работодателями для своих работников, но также существует рынок для индивидуального медицинского страхования. Государственные программы покрывают 46,4 % расходов на здравоохранение, система ДМС – 54,6%, в том числе платежи населения из собственного кармана («соплатежи населения»). Важно отметить, что за исключением программ Medicaid и Medicare государство практически не вмешивается в свободный рынок финансирования здравоохранения через систему ДМС и не проводит ценового регулирования рынка медицинских услуг и лекарств. Несмотря на высокое качество и инновационность используемых медицинских технологий и лекарственных средств (даже в небольших стационарах) в системе здравоохранения США,

[54] На основе Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения //М.: Издатцентр —1998.
[55] Enthoven A. C. The history and principles of managed competition //Health affairs. – 1993. – Т. 12. – №. suppl 1. – С. 24-48

большие страховые взносы в систему добровольного медицинского страхования являются препятствием для страхования ряда категорий граждан, поэтому в США до недавнего времени было около 50 млн. незастрахованных (16% населения).[56] Итак, система здравоохранения США столкнулась с серьезными проблемами:

1) высокой долей незастрахованных и, как следствие, существенными различиями в доступности к медицинской помощи незастрахованных граждан;

2) неконтролируемым ростом расходов на систему здравоохранения – почти 18% ВВП (или 2,6 трлн. долл. в год);

3) поставщики медицинских услуг, оказывая медицинскую помощь тем, кто не может за нее заплатить, вынуждены поднимать тарифы (происходит перекрестное покрытие затрат на медицинские услуги незастрахованным из средств застрахованных и, таким образом, поддерживаются условия для постоянного роста тарифов на медицинскую помощь;

4) дезинтеграцией процесса оказания медицинской помощи пациентам, связанной со свободным выбором пациентами врачей общей практики и стационаров, а также отсутствием единых стандартов лечения на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи, что приводит к излишним и повторным назначениям и целом затрудняет эффективную организацию процесса оказания медицинской помощи пациентам. В результате треть средств, затрачиваемых на здравоохранение, расходуется неэффективно, а от 3 до 10% средств преднамеренно растрачивается впустую.[57]

Причинами повышения затрат А. Энтховен считает отсутствие финансовых возможностей у населения, недостаточную мотивацию для экономии при выборе планов добровольного медицинского страхования и поставщиков услуг, а также отсутствие экономической мотивации у поставщиков услуг к выбору более рациональных форм использования ресурсов здравоохранения. Соответственно,

---

[56] В неотложных случаях по законам США больницы обязаны оказывать медицинскую помощь незастрахованным гражданам. Необходимость платить по высоким счетам, которые затем им выставляются, делает незастрахованных должниками больниц практически на всю оставшуюся жизнь. Вследствие этого около 20 тыс. смертей (или 0,8% всех смертей за год) связаны с отсутствием у граждан медицинской страховки, а необходимость оплаты счетов за лечение в отсутствии медицинского страхования – ведущая причина банкротства в США.

[57] Улумбекова Г. Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»- 2012. №5, Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/lang,ru/ , дата обращения 14.01.2015

главные направления реформирования модели состоят в расширении потребительского выбора и создании новой системы организации и оплаты медицинской помощи, ориентирующей врачей на повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Ключевая проблема эффективности модели управляемой конкуренции состоит в передаче ценового сигнала с рынка медицинского страхования на рынок медицинских услуг. Снижение стоимости медицинской помощи может блокироваться разными факторами: высокой степенью монополизации рынка больничной помощи, отсутствием у страховщиков сильных рычагов давления на медицинские организации, действующими методами оплаты медицинской помощи (гонорарный метод оплаты стимулирует рост ее необоснованных объемов), особенностями организации медицинской помощи. Учитывая этот фактор, А. Энтховен и его сторонники уделяют особое внимание механизмам (как рыночным, так и организационно-управленческим), повышающим уровень управляемости системой оказания медицинской помощи. Для этого они используют основные положения *Модели управляемой медицинской помощи - managed care model – УМП,* разработанной в США в начале 1980-х гг. экономистом Питером Конгстведтом и его сторонниками.[58] В рамках УМП страховщики объединяются с поставщиками медицинских услуг в *интегрированные медицинские системы*, или системы УМП. Отношения прямой закупки медицинской помощи уступают отношениям партнерства между страховщиком и медицинскими организациями. Совместными усилиями они добиваются оптимизации затрат на оказания медицинской помощи.[59]

Основа систем УМП – звено первичной медицинской помощи – групповая общая врачебная практика (ОВП), которая отвечает за комплексность оказания услуг группе застрахованных, выбравших соответствующий страховой план управляемой медицинской помощи (действует принцип предварительного платежа в расчете на одного приписавшегося застрахованного). Таким образом,

---

[58] Kongstvedt P. Essentials of managed health care.: Jones & Bartlett Publishers – 2012, 677 с.
[59] Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения // М.: Издатцентр. — 1998. - С. 104

первичное звено становится «фондодержателем» средств, неся финансовые риски, связанные с возможным перерасходом средств. ОВП и все больницы и медицинские организации, с которыми они заключили договора, связаны общим экономическим интересом – не выйти за рамки предварительного платежа на весь комплекс необходимых медицинских услуг, что заставляет их искать источники экономии, возникающие «на стыках» между отдельными видами медицинской помощи.[60] В таких системах возникает мотивация к улучшению показателей здоровья застрахованных: чем меньше объем потребности в медицинской помощи, тем выше доход системы УМП и ее ключевого звена ОВП. Особенностью модели является ограничение потребительского выбора рамками только системы УМП. Страхователь вынужден самостоятельно оплачивать услуги врачей из собственных средств, если обращается за пределы группы или получает медицинскую помощь без направления врача. Данный принцип заметно сужает возможность давления страховщика на медицинские организации: трудней отказать определенной медицинской организации в заключении договора и требовать от нее высокого качества.[61]

Опыт реализации реформ в США

Попытки реформирования системы здравоохранения США согласно концепции управляемой конкуренции впервые были предприняты президентом Биллом Клинтоном в 1993 г. Однако основной проблемой, связанной с ее внедрением стала невозможность реализации всех положений в национальном масштабе из-за сложившихся институциональных особенностей страны. Главной причиной неэффективности модели было отсутствие мотивации участников системы здравоохранения (врачей, страховщиков, пациентов) к сдерживанию затрат и повышению качества медицинской помощи.

В 2004-2005 гг. появился новый поход реформирования американского здравоохранения – «модель здравоохранения, движимого потребителем»

---

[60] Проводится комплекс мер по сокращению необоснованных госпитализаций, исследований, дорогостоящих, но не всегда нужных консультаций узких специалистов; делается акцент на предотвращение обострения хронических заболеваний, повышается значение медицинской и социальной профилактики; вводятся административные механизмы санкционирования потребление наиболее дорогостоящих услуг и проч.

[61] Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения // М.: Издатцентр. — 1998. С. 24-32

(consumer-driven health care model). Опираясь на эмпирические исследования системы здравоохранения США, сторонники этой модели здравоохранения полностью исключают любые формы ограничения “маршрутов” движения пациентов, работают за полную свободу обращений в любую медицинскую организацию[62] и выступают за отмену всех сетевых ограничителей и системы направлений врачей первичного звена. Тем не менее, нельзя недооценивать преимущества интегрированных систем, которые могут обеспечить обслуживание застрахованных наиболее эффективными организациями и опытными врачами, поскольку их выбирает сама интегрированная система на основе полной доступной информации, а не пациент, у которого недостаточно знаний, времени и способностей к сравнению вариантов. Помимо этого, для застрахованных, имеющих хроническое заболевание, ключевую роль играют постоянное наблюдение и комплексность обслуживания, предоставляемые только в интегрированных системах.[63]

Новая масштабная реформа системы здравоохранения США была разработана в 2010 г. правительством Барака Обамы в законе «О защите пациентов и доступности медицинской помощи» (Patient protection and affordable care act – PPACA) или «Обамакэр» (Obamacare)[64], однако ее принятие встретило серьезную оппозицию со стороны партии республиканцев. Главным доводом оппонентов стало то, что США – страна свободного предпринимательства, и в ней не должно быть никакого государственного регулирования цен, поскольку это может привести к национализации здравоохранения и социализму, а богатые и средний класс не должны платить дополнительные налоги для покрытия стоимости медицинского страхования незастрахованным. В результате этих дебатов одна из самых важных норм этого закона - обязанность каждого гражданина застраховаться - была признана неконституционной. Тем не менее,

---

[62] Porter M. E., Teisberg E. O. Redefining health care: creating value-based competition on results. – Harvard Business Press, 2006. С. 83

[63] Enthoven A.C., Tollen L.A. Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency // Health Affairs-Millwood VA then Bethesda MA. — 2005. Т. 24. № 5. С. 421-430; Enthoven A., Tollen L. Toward a 21st century health system. : San Francisco: Jossey-Bass, — 2004. С. 46-61

[64] Patient protection and affordable care act. Режим доступа: https://democrats.senate.gov/pdfs/reform/patient-protection-affordable-care-act-as-passed.pdf , дата обращения 14.01.2015

постановлением Верховного суда США в июне 2012 г. эта норма вступила в силу (с 2013 г.), а другие положения реформы вступили в силу с 2014 г.[65]

Выделим основные положения реформы, которые также соответствуют теоретическим разработкам основателей концепции управляемой конкуренции:

- обязательность страхования для всех граждан: расширение покрытия медицинского страхования со штрафами за неучастие и субсидиями на покупку страхования для малоимущих групп населения;
- государственное регулирование тарифов страховых взносов и объемов страхового покрытия: запрет для страховых компаний на отказ в выплатах или дискриминацию по полу, здоровью, доходам и другим показателям (кроме возраста); покрытие страховым планом всего превентивного здравоохранения;
- регулирование цен на медицинские услуги и повышение качества медицинской помощи: создание биржи страховых планов[66] для облегчения процесса выбора гражданами страхового плана; публикация стоимости услуг больницами; стандартизация страховых планов; публичное обоснование повышения страховых премий; раскрытие платежей от производителей оборудования и медикаментов докторами; проведение независимых исследований сравнительной эффективности терапий и т.д.

Предполагается, что экономия может быть достигнута за счет внедрения стандартов, уменьшения дублирования процедур, интеграции оказания медицинской помощи пациентам. Таким образом, эта модель мотивирует поставщиков медицинских услуг экономить средства государственных программ при условии поддержания качества на высоком уровне.[67] Общее финансирование реформы предполагается проводить преимущественно за счет федерального бюджета (90% средств), всего на реформу планируется потратить около 940 млрд.

---

[65] Улумбекова Г. Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»- 2012. №5. Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/lang,ru/ , дата обращения 14.01.2015

[66] Биржа страховых планов. Режим доступа: https://www.healthcare.gov/ , дата обращения 14.01.2015

[67] Козлов К. США: краткий обзор реформы здравоохранения //Обзор центра макроэкономических исследований Сбербанка России. Март. – 2010. 6 с.

долл. за 10 лет. Однако несмотря на огромные затраты, по подсчетам экспертов, это единственная реформа, которая уже через 10 лет за счет снижения расходов на оказание медицинской помощи позволит уменьшить дефицит федерального бюджета США на 1 трлн. долл.[68]

Несмотря на то, что на данном этапе существуют определенные трудности, связанные с практической реализацией положений реформы, начиная с технических проблем работы сервера при покупке страхового полиса и заканчивая подорожанием страховых планов в 2015 г. из-за повышения спроса на них, необходимо отметить, что реформа здравоохранения не приводит к радикальным изменениям в структуре системы здравоохранения США. Закон сохраняет существующие основы системы частного финансирования, он лишь призван устранить некоторые провалы рынка за счет ужесточения требований к страховым компаниям и работодателям, а также создания рыночной площадки по торговле страховыми планами. Вместе с тем принятая реформа - начальный шаг, не решающий сам по себе проблему больших расходов на здравоохранение в США. На данный момент рано говорить о результатах реформы, однако после этапа перестройки системы здравоохранения исходя из попыток сближения модели частного финансирования со страховой моделью, ожидаются дальнейшие реформы в этом направлении, особенно в плане усиления контроля издержек.

Реформирование систем государственного финансирования здравоохранения: модель квазирыночных отношений в здравоохранении

Как известно, в Европе действует преимущественно государственное финансирование здравоохранения, велика доля государственной собственности, сильно выражено государственное регулирование, а самое главное - высокая роль принципа общественной солидарности (богаты платит за бедного, а здоровый – за больного). С конца 1980-х гг. страны Европы начали процесс реформирования систем здравоохранения, а целью этих реформ было последовательное улучшение деятельности систем здравоохранения. Многие из стран экспериментировали с

---

[68] Основные положения реформы здравоохранения изложены на официальном сайте Министерства здравоохранения США. Режим доступа: https://www.healthcare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/, дата обращения: 18.10.2014

широким диапазоном стратегий по улучшению качества, соотношения цены и качества и устойчивости систем здравоохранения. Источником вдохновения для реализации реформ в странах Западной Европы послужили положения Нового государственного менеджмента (НГМ), ориентированные на эффективность и результативность процесса государственного управления во всех его сферах – экономической, социальной, организационной.[69] Положения НГМ зародились в США и Великобритании вначале 1980-х гг. и стали популярны в странах Западной Европы и в Канаде в связи с потребностью в регулировании бюджетно-налогового сектора. Теоретической базой реформ в этих странах можно назвать модель квазирыночных отношений в здравоохранении, изложенную в работах таких экономистов, как Р. Солтман и К. Фон Оттэр, [70] А. Энтховен, В. Ван де Вен, [71] Д. Кутцин,[72] и т.д.

Концептуальная основа квазирыночных отношений состоит в конструировании рынка с использованием некоторых инструментов предпринимательского поведения для обеспечения приоритетных задач политики здравоохранения. Существует две модели квазирыночных отношений: модель регулируемой конкуренции, реализуемая в социально-страховой системе, основанной на конкуренции страховщиков, и модель внутреннего рынка, применяемая в бюджетной системе финансирования здравоохранения. Главное отличие модели регулируемой конкуренции от модели внутреннего рынка состоит в том, что в первом случае решающая роль отводится конкурирующим страховым посредниками, действующим в системе ОМС (рынок медицинского страхования), в то время как во втором случае отношения рыночного типа складываются в сфере оказания медицинских услуг (создание более конкурентной среды функционирования медицинских организаций). Обе модели развивались

[69] Положения концепции применимы для регулирования общественного сектора для повышения прозрачности бюджетов с привязкой затрат к результатам деятельности, создания конкурентной среды поставщиков услуг (как государственных, так и частных и некоммерческих), а также ориентации на достижение больших общественных результатов с меньшими издержками.

[70] Saltman R.B., Von Otter C. Planned markets and public competition: strategic reform in Northern European health systems. : Open Univ Pr, — 1992. 178 с.

[71] Schut F.T., Van de Ven W.P. Rationing and competition in the Dutch health care system // Health economics. — 2005. Т. 14. № S1. С. 59-74

[72] Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements // Health policy. — 2001. Т. 56. № 3. С. 171-204

под сильным влиянием концепции управляемой конкуренции, а за основы для разработки рыночных механизмов были взяты идеи А. Энтховена и его сторонников.[73]

Основные положения модели регулируемой конкуренции:

Согласно идеям Ван дэ Вена, голландского экономиста, являющегося основоположником данной модели, регулируемая конкуренция – это свободный рынок, где ценообразование в принципе определяется рыночными силами, но в рамках нормативной базы, устанавливаемой государством в целях соблюдения принципа общественной солидарности и обеспечения эффективного функционирования рынка. [74] Согласно модели, страховщики берут на себя весь широкий круг функций по планированию и организации медицинской помощи застрахованным. При этом решающий фактор активизации рыночных сил – это обеспечение конкурентной среды в системе оказания медицинской помощи, и решающую роль в ее формировании играют страховщики.

Вместе с тем, несмотря на усиление рыночных механизмов, государство продолжает регулировать ряд наиболее важных аспектов: минимальный набор услуг и стандартов качества, а также раздел финансовых рисков страховщиков (государство устанавливает определенную пропорцию финансовых рисков, которые берут на себя страховщики и фонд солидарности). Государство принимает меры по демонополизации рынка медицинского страхования: необходимость отказа от коллективных соглашений страховщиков в отношении тарифов, порядка оказания медицинской помощи застрахованным.

Модель регулируемой конкуренции использовалась при реформировании систем здравоохранения Германии и Нидерландов.

Основные положения модели внутреннего рынка

Концепция внутреннего рынка была заложена в основе реформ системы здравоохранения Национальной системы здравоохранения Великобритании.

---

[73] Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / под ред. Р.Б. Солтмана, Дж. Фигераса: пер. с англ. - М.: Гэотар Медицина, 2000. – 432 с.

[74] Schut F.T., Van de Ven W.P. Rationing and competition in the Dutch health care system // Health economics. — 2005. Т. 14. № S1. С. 59-74

Помимо А. Энтховена, который выступал в качестве главного зарубежного консультанта реформы, наиболее серьезные исследования по разработке модели были проведены А. Кулиером, Дж. Поснеттом, А. Мейнардом и К. Блуром, чьи работы опирались на теорию и практику модификации рынков медицинских и страховых услуг в США.

Главная цель модели внутреннего рынка – использование элементов рыночных отношений во взаимодействии между финансирующей стороной и медицинскими организациями. В экономической литературе модель внутреннего рынка рассматривается как имитация рынка или «квазирынок». [75] Модель внутреннего рынка отличается не только от «настоящего» рынка, но и от других рыночных моделей здравоохранения: в ней не предусматривается конкуренция покупателей медицинской помощи, т.е. отсутствует третья сторона в виде конкурирующих страховщиков. Новая система отношений должна способствовать конкуренции медицинских организаций, в результате конкурсного размещения заказа на оказание медицинской помощи. Таким образом, отсутствие обязательств содержания определенной государственной больницы может привести к передаче заказа другой больнице, а это потенциальная угроза формулируется как «состязательные рынки» и служит формой давления на поставщиков медицинских услуг. [76]

Так, вначале 1990-х гг. в Великобритании были созданы внутренние квази-рынки, целью которых было повышение качества предоставляемых больничных услуг. Для создания внутреннего рынка Национальная служба здравоохранения (NHS) учредила две отдельные организации: районные управления здравоохранения и больничные трасты. Больничные трасты заключают договор с районными управлениями здравоохранения, которые выступают в роли покупателей медицинских услуг для населения. Что касается предоставления первичной медицинской помощи, то здесь реализуются принципы модели

---

[75] Culyer A., Posnett J. Hospital behaviour and competition // Competition in health care: reforming the NHS. Basingstoke, Macmillan. — 1990. С. 12-47 ; Bloor K., Maynard A., Nuffield Trust L. Managed care Panacea or palliation? — 1998. 49 с.

[76] Le Grand J. Quasi-markets and social policy // The Economic Journal. — 1991. С. 1256-1267

управляемой медицинской помощи, где независимые врачи общей практики выступают в роли «фондодержателей». Врачи общей практики также вступают в договорные отношения со стационарами и с врачами-специалистами амбулаторного звена, договариваясь о наилучшем и эффективном лечении для пациента и оплачивая оказанные услуги. Масштабные реформы были проведены в рамках финансирования больничных учреждений, внедрена новая схема финансирования на основе диагностических групп, созданная и показавшая свою эффективность в США. Отныне больницы финансируются не на основе глобального бюджета, а исходя из того объема услуг, которое оказывает медицинское учреждение. При этом медицинские учреждения сами определяют свой уровень финансирования и несут ответственность за выполнение установленного бюджета. Новый способ финансирования больничных учреждений применяется не только в Великобритании, но также странах ЕС и в Канаде.

Реформирование развитых стран с системами преимущественно государственного финансирования здравоохранения

Проблема, с которой столкнулось большинство рассматриваемых нами стран с государственным финансированием здравоохранения, заключается в отсутствии финансовой устойчивости - ситуации, когда бюджетных доходов становится недостаточно для покрытия расходов. Последствия финансового кризиса, старение населения развитых стран, появление новых и более дорогих технологий, а также рост ожиданий граждан увеличивают давление на здравоохранение, повышая расходы в этом секторе, поэтому в абсолютном большинстве развитых стран реформы национальных систем здравоохранения обусловлены в первую очередь решением проблемы сдерживания расходов по покрытию объема предоставленных медицинских услуг. Однако, хотя сдерживание высоких расходов остается важной проблемой, целью

руководителей здравоохранения является обеспечение общедоступности, качества и эффективности медицинского обслуживания.[77]

Среди основных мер, предпринятых правительством для снижения расходов в секторе здравоохранения, можно назвать:

- меры, регулирующие предложение медицинской помощи: ограничение роста заработной платы медицинских работников, сокращение мест и запрет найма в государственные учреждения здравоохранения; снижение расходов государственных больничных учреждений (переход на финансирование на основе диагностических групп);
- меры, ограничивающие спрос на услуги здравоохранение: снижение объема государственного финансирования покупки лекарственных препаратов для амбулаторных больных, введение талонов долевой оплаты и системы «соплатежей» для населения, контроль доступа к врачам-специалистам (обращение к специалисту без направления врача общей практики не возмещается системой медицинского страхования) и т.д.;
- меры по повышению эффективности посредством децентрализации и передачи полномочий центральных органов власти в регионы (специальные региональные организации здравоохранения были созданы в Германии, Италии, Франции, Великобритании); реформы по усилению взаимодействия участников системы здравоохранения: создание объединений, в которые входят представители больничных касс, больниц, врачей и пациентов, для принятия решений о терапевтических стандартах и инструментах оценки эффективности медицинских услуг и лекарственных препаратов; создание интегрированных механизмов медицинской и медико-социальной помощи для групп «повышенного риска» - лиц, страдающих хроническими и онкологическими заболеваниями, геронтологических больных (подобные интегрированные структуры были впервые созданы в Канаде (PRISMA)[78], а затем во Франции и в Японии).

---

[77] Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы /ред. Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин /пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002. С. 2-16

[78] Programme de Recherché sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA) – Исследовательская программа по интеграции медицинской и медико-социальной помощи для лиц пожилого

Таким образом, в представленных теоретических концепциях основное внимание уделено стимулированию потребительского выбора, новой роли финансирующей стороны как информированного покупателя медицинской помощи, а также новым формам взаимодействия с поставщиками медицинских услуг. Тем не менее, эмпирические исследования показывают, что процессы реализации этих моделей оказались весьма неоднозначными под влиянием реальных условий функционирования экономики и политической ситуации в конкретных странах. При этом, несмотря на различия типов систем здравоохранения, основной задачей реформ и в странах Европы, и в США является повышение эффективности управления, оптимизация расходов, повышение финансовой ответственности и прозрачности деятельности медицинских учреждений и независимых врачей, повышение координации и взаимодействия между амбулаторной и стационарной медицинской помощью и между специалистами здравоохранения.

1.3 Сравнительный анализ эффективности систем здравоохранения в современном мире

Оценка эффективности является центральной функцией управления системой здравоохранения, показателем успешности реформ и достижения социальных целей, а также определяющей аргументы для инвестирования в здравоохранение. В последние годы органы здравоохранения развитых стран стали проявлять все больший интерес к оценке деятельности системы здравоохранения как к одному из стратегических функций руководства. Как правило, полноценная оценка опирается на несколько количественных показателей и использует аналитические инструменты. Существует целый ряд подходов к проведению таких оценок, индивидуальные для каждой страны. Эксперты ВОЗ разработали свои критерии оценки эффективности систем здравоохранения, отражающие прогресс в достижении трех фундаментальных целей систем: улучшение состояния здоровья населения, соответствие

возраста, разработанная учеными Гериатрического университета Шербрука при поддержке Канадского центра исследований в области здравоохранения и Фонда по исследованиям в области здравоохранения Квебека. Режим доступа: http://www.prisma-qc.ca/cgi-ole/cs.waframe.singlepageindex, дата обращения: 04.10.2015

общественным запросам и справедливость в распределении финансового бремени (рис. 1.1). Мы считаем, что на сегодняшний день эти критерии позволяют в наибольшей степени объективно оценить эффективность деятельности систем здравоохранения стран в независимости от их специфических особенностей.[79]

Рисунок 1.1. Показатели измерения результатов деятельности систем здравоохранения, составлено автором на основе данных ВОЗ

Для оценки общего уровня состояния здоровья населения, как и для оценки распределения уровня здоровья среди населения, используется показатель продолжительности жизни, скорректированный с учетом нарушений здоровья (DALE – disability adjusted life expectancy). Однако, в силу отсутствия достаточной информации по каждой стране для расчета DALE, используется более простой показатель шансов выживаемости детей, рассчитываемый на основе младенческой смертности. Общий показатель соответствия системы здравоохранения запросам граждан отражает немедицинские аспекты системы здравоохранения и концентрируется на условиях оказания помощи, основным инструментом ее оценки выступает социологический опрос. Для оценки справедливости в распределении бремени расходов на здравоохранение используется показатель, измеряющий долю расходов на здравоохранение к общим расходам домохозяйств. Таким образом, общий показатель достижения целей системы здравоохранения рассчитывается как сумма оценок по пяти рассмотренным критериям, рассчитанным с помощью весовых коэффициентов.

[79]С конца 1980-х гг. были предприняты усилия по оценке эффективности систем здравоохранения с помощью совершенствования информационных технологий. Однако сохраняются сложные методологические проблемы, касающиеся обоснованности и надежности данных показателей. В связи с этим крайне важна прозрачность методологии, особенно в отношении способов выбора различных элементов, их комбинирования и взвешивания. Расширенные показатели оценки эффективности систем здравоохранения, используемые в развитых странах с точки зрения общественного и индивидуального здоровья населения, клинического качества ухода, соответствия системы потребностям населения, равенства услуг здравоохранения и продуктивности отдельных субъектов и системы здравоохранения в целом представлены в Приложении 1.

Различные организации составляют рейтинги, сравнивающие системы здравоохранения в мире по их эффективности. В рамках диссертационной работы рассмотрим исследования, использующие показатели ВОЗ для своих оценок. Так, аналитическое агентство Bloomberg составило рейтинг здравоохранения стран в 2014 г. на основе статистических данных ВОЗ, Организации Объединенных Наций (ООН) и Всемирного банка (ВБ). В основе рейтинга лежат три ключевых показателя: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, доля государственных расходов на здравоохранение (% ВВП на душу населения), стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения. Исследование охватывает 51 государство с населением более 5 миллионов человек, ВВП свыше 5 тыс. долл. на человека в год и средней продолжительностью жизни свыше 70 лет, по которым имеются достоверные статистические данные по всем семи показателям.

По данным исследования, страной с самой эффективной системой здравоохранения является Сингапур, набравший 78,6 балла.[80] За Сингапуром с небольшим отставанием идут Гонконг, Италия, Япония и Южная Корея. В десятку лидеров также вошли: Австралия, Израиль, Франция, Объединенные Арабские Эмираты и Великобритания. Неожиданно высокие позиции в рейтинге таких стран как Мексика (12 место), Эквадор (13), Ливия (25) и ряда других обусловлены очень низкой стоимостью медицинских услуг для населения в пересчете на душу населения, что косвенно показывает *несовершенство рейтинговой методики*, так как эффективность систем здравоохранения в указанных странах никак не может быть значительно выше, чем, например, в США, которые заняли лишь 44 место среди 51 страны. Показатель средней продолжительности жизни также нельзя считать определяющим для оценки эффективности системы здравоохранения, так как на показатель продолжительности жизни, помимо фактора здравоохранения, влияют целый набор других факторов. Вместе с тем, авторы исследования обращают внимание

[80] Средняя продолжительность жизни граждан Сингапура составляет 82,1 года, стоимость медицинских услуг на душу населения – 2 426 долл. доля расходов на здравоохранение - 4,5% от ВВП.

на то, что среди стран с развитой экономикой США тратят больше всего на здравоохранение с худшим результатом. Последнее место в рейтинге заняла Россия, которая была включена в список впервые и набрала только 22,5 балла.[81] (см. Приложение 2)

Рассмотрим другой пример. В таблице 1.5 приведен рейтинг систем здравоохранения, составленный Фондом общественного благосостояния, учитывающий иные критерии оценки эффективности.[82] Для составления рейтинга были рассмотрены 11 развитых стран, отличающиеся друг от друга моделями, заложенными в основе их национальных систем здравоохранения, но столкнувшихся с проблемой роста совокупных расходов на здравоохранение и качества оказываемой медицинской помощи: Австралия, Канада, Франция, Германия, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Швеция, Швейцария, Великобритания, США. Более восьмидесяти показателей, по которым оценивалась эффективность систем, были объединены в 5 групп:

- Показатели качества: эффективность медицинской помощи (превентивные и меры и лечение хронических заболеваний), безопасность помощи, координация лечения в рамках курса лечения пациента между различными специалистами здравоохранения, ориентированность на пациента;
- Показатели доступности: проблема стоимости и проблема времени ожидания медицинской помощи;
- Эффективность: уровень общих расходов на здравоохранение в % от ВВП, уровень административных расходов, использование информационных технологий для оптимизации времени и стоимости предоставления медицинской помощи и т.д.;
- Равенство: равенство оказания медицинских услуг вне зависимости от дохода, географического положения и социального статуса пациента;

---

[81] В предыдущем исследовании Россия не была представлена по причине того, что средняя продолжительность жизни населения на тот момент составляла 69 лет.

[82] Фонд общественного благосостояния – частный фонд, основанный в США, целью которого является содействие повышению эффективности системы здравоохранения США, достижению большей доступности услуг здравоохранения, повышению качества услуг, в частности, для наиболее уязвимых категорий населения. Режим доступа: http://www.commonwealthfund.org, дата обращения: 17.10.2014.

- Показатель качественно прожитых лет жизни (показатель QALY[83])

При составлении рейтинга Фонд общественного благосостояния использовал данные ВОЗ, ОЭСР, ООН и ВБ.[84]

Таблица 1.5

Оценка эффективности систем здравоохранения, 2014 г. [85]

	Канада	Франция	Германия	Швеция	Швейцария	Великобритания	США
Общий рейтинг	10	9	5	3	2	1	11
Качество медицинской помощи:	9	8	7	10	3	1	5
Эффективность помощи	7	9	6	10	8	1	3
Безопасность	10	2	6	5	4	1	7
Координация	8	9	10	11	3	1	6
Ориентированность на пациента	8	10	7	9	2	1	4
Доступ к медицинской помощи:	9	11	2	4	2	1	9
Решение проблем стоимости мед. услуг	5	10	4	1	7	1	11
Решение проблем времени ожидания	11	10	4	9	1	3	5
Эффективность системы	10	8	9	2	6	1	11
Всеобщий охват	9	7	4	1	2	2	11
Качественно прожитые годы (QALY)	8	1	7	2	3	10	11

Источник: Davis K., Schoen C., Stremikis K., Fund C. Mirror, mirror on the wall: How the performance of the US health care system compares internationally: 2014 update //. - 2014.

Итак, во всех рассмотренных странах, кроме США, функционирует страховая или бюджетная модель финансирования здравоохранения, а государство гарантирует универсальное покрытие населения услугами здравоохранения, что упрощает доступ к медицинским услугам и равенство оказания медицинской помощи. На первом месте рейтинга находится Великобритания, которая лидирует по показателям качества, доступности и эффективности медицинской помощи; Швейцария, занимающая второе место, лидирует по показателям наилучшего времени ожидания медицинской помощи и ориентированности на пациента; Франция является лидером по показателю качественно прожитых лет жизни, а замыкают рейтинг стран Канада и США. По

[83] QALY - Quality-adjusted life years – добавленные годы жизни с поправкой на качество, является широко используемым суммарным показателем эффективности, учитывающим как качественную, так и количественную оценку жизни. Одним из главных достоинств этого показателя является его гибкость, что позволяет использовать его в экономике здравоохранения применительно практически к любому пациенту или заболеванию.

[84] Несмотря на то, что при составлении рейтинга Фонда общественного благосостояния, была проанализирована широкая база показателей, нельзя утверждать, что данный рейтинг представляет объективное состояние систем здравоохранения в рассматриваемых странах.

[85] Детальный рейтинг стран см. в Приложении 2.

показателю эффективности медицинской помощи по рассматриваемым критериям лидируют Великобритания, Новая Зеландия и США, при этом Франция и Великобритания также лидируют по показателю безопасности. По показателю координации медицинской помощи между различными специалистами лидирует Великобритания, в то время как Швеция и Германия замыкают рейтинг. Координация деятельности различных специалистов здравоохранения является определяющим фактором в рамках повышения качества услуг здравоохранения. Целью любой системы здравоохранения является увеличение продолжительности качественно прожитых лет жизни населения страны. Для измерения этого показателя используются три индикатора: индикатор предотвратимой смертности,[86]индикатор детской смертности и продолжительность здоровых лет жизни. Лидером по данному показателю является Франция, на втором месте – Швеция. Данный показатель доказывает, что на качество жизни населения влияют не только услуги здравоохранения, но и ряд других взаимосвязанных факторов.

Для полноты оценки рассмотрим данные сводной таблицы по рейтингам эффективности различных систем здравоохранения (таблица 1.6).

Таблица 1.6

Сводный рейтинг стран по эффективности систем здравоохранения

Страна	Рейтинг ВОЗ (2000 г)	Рейтинг Bloomberg (2014 г)	Рейтинг Фонда благосостояния (2014 г)	Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	Общие расходы на здравоохранение, % от ВВП	Расходы на здравоохранение на душу населения (в долл. США ППС)	Тип системы здравоохранения
Австралия	31	6	4	82,1	9,1	6,140	бюджетная
Великобритания	18	10	1	81,5	9,4	3,647	бюджетная
Германия	25	23	5	80,9	11	4,683	социально-страховая
Италия	2	3	-	82,9	9	3,032	бюджетная
Канада	30	21	10	81,2	11	5,741	бюджетная
Нидерланды	17	40	5	81,1	12,5	5,737	социально-страховая
США	37	44	11	78,7	17,2	8,895	частная страховая
Россия	130	51	-	70,5	6,3	887	социально-страховая

[86] Предотвратимая смертность - смертность, которую можно избежать с помощью оказания своевременной и качественной медицинской помощи.

Франция	1	8	9	82,6	11,8	4,690	социально-страховая
Швейцария	20	15	2	82,7	11,4	8,980	социально-страховая
Швеция	23	19	3	81,7	9,7	5,319	бюджетная

Источник: Составлено автором

Согласно данным таблицы, США – лидер по показателю общих расходов на здравоохранение и расходов на здравоохранение на душу населения (почти 18% от ВВП и 8 895,1 долл. соответственно), при этом по таким качественным показателям, как охват и доступность медицинской помощи, страна занимает последнее место в рейтинге Фонда общественного благосостояния. Наиболее эффективными, согласно данным таблицы, являются системы здравоохранения Великобритании, Франции и Италии.

По показателям частных расходов к общим расходам на здравоохранения в % наиболее эффективными являются системы Франции и Великобритании (23,1% и 17,5% соответственно). При этом важно отметить, что французы тратят меньше всего личных средств для оплаты медицинской помощи (7,4% во Франции против 9,90% в Великобритании), что демонстрирует высокий показатель справедливости в распределении бремени финансирования здравоохранения.[87] В целом можно сделать вывод, что достижение сопоставимых показателей здоровья населения требует от стран преимущественно с частной моделью финансирования больших затрат, чем от стран с преимущественной бюджетной и страховой моделью финансирования, а Великобритания, страна с бюджетной моделью финансирования, согласно рассмотренным рейтингам, является лидером и по качественным показателям. При этом невозможно четко определить преимущество страховой модели финансирования здравоохранения над бюджетной или наоборот: обе модели столкнулись с проблемой роста совокупных расходов на здравоохранение и пытаются найти оптимальное решение по оптимизации расходов без понижения качества и доступности медицинской помощи.

[87] См. World health statistics 2014, Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1, дата обращения: 6.03.2015

Таким образом, в основе той или иной модели здравоохранения лежит понимание специфики медицинских услуг как экономических благ, что, в свою очередь, определяет роль государства и рынка в рамках организации и финансирования национальных систем здравоохранения. На сегодняшний день развитые государства столкнулись с необходимостью повышения эффективности систем здравоохранения и сокращения расходов. При этом охрана здоровья и создание условий для здорового образа жизни необходимы для обеспечения благосостояния человека и устойчивого социально-экономического развития отдельной страны и мировой экономики в целом. Для этого страны обязаны развивать национальные системы финансирования здравоохранения таким образом, чтобы все люди имели доступ к медико-санитарным услугам и при этом не испытывали финансовых затруднений при их оплате. В стремлении к этой цели правительства сталкиваются с фундаментальными вопросами:

- Как такая система здравоохранения должна финансироваться?
- Как правительства могут защитить людей от финансовых последствий нездоровья и оплаты медико-санитарных услуг?
- Как стимулировать оптимальное использование имеющихся ресурсов?

Эмпирические исследования демонстрируют неоднозначность результатов проведенных рыночных реформ систем здравоохранения, что вызвано нечеткостью теоретических моделей реформирования. Основываясь на проведенном анализе можно утверждать, что в теоретических подходах к реформированию систем здравоохранения имеются существенные расхождения и особенности. Согласно П. ДиМаджио и У. Пауэллу,[88] эти особенности могут быть объяснены с помощью теории неоинституциональной экономической социологии и концепции институционального изоморфизма.[89] Они представляют

[88] ДиМаджио П.Д., Пауэлл У.В. Новый взгляд на «железную клетку»: институциональный изоморфизм и коллективная рациональность в организационных полях // Экономическая социология. — 2010. Т. 11. № 1. С. 34-56

[89] Институциональный изоморфизм - следствие институциональных процессов, означающее социальную схожесть относительно независимых институциональных форм вне зависимости от исторической, культурной или географической специфики.

три механизма реализации институциональных изоморфных изменений, при которых организации принимают схожую форму:

1) вынужденный изоморфизм – это результат формального и неформального давления на организации со стороны других организаций, от которых первые зависят;

2) подражательный изоморфизм – это результат стандартного ответа организации на неопределенность, когда организационные технологии плохо освоены, цели двусмысленны, а окружение создает символическую неопределенность;

3) нормативный изоморфизм связан с действием групп профессионалов в организациях, когда через свои объединения и ассоциации они оказывают влияние на изменения, происходящие в организационных структурах.

Проведенный анализ показал, что в рамках реформирования систем здравоохранения имеет место подражательный изоморфизм: нет четкого понимания организационных технологий, цели неоднозначны, а среда порождает неопределенность. В этом случае государства моделируют национальную систему здравоохранения, основываясь на системы здравоохранения стран-«моделей». При этом есть значительные преимущества в подражательном поведении с точки зрения экономии ресурсов: согласно П. ДиМаджио и У. Пауэллу, если организация сталкивается с проблемой, возникшей по неоднозначным причинам или не имеющей ясных решений, проблемно-ориентированный поиск может дать жизнеспособное решение без больших затрат.

Так, например, сравнительный анализ трех основных типов систем здравоохранения демонстрирует тенденцию к их конвергенции: основой для проведения реформ в странах с социально-страховой и бюджетной моделью здравоохранения стала модель управляемой конкуренции (УМП), разработанная для системы здравоохранения США. Однако помимо внедрения рыночных механизмов, модель предусматривает не только расширение покрытия медицинского страхования и увеличение доступа к медицинской помощи, но и государственное регулирование тарифов страховых взносов и объемов страхового

покрытия. Таким образом, данные меры приближают систему частного финансирования здравоохранения США к системе здравоохранения стран с преимущественно государственным регулированием, и наоборот, системы бюджетного и социально-страхового финансирования внедряют рыночные механизмы регулирования, характерные для систем частного финансирования здравоохранения.

Исходя из этого, изучение зарубежного опыта реформирования систем здравоохранения представляет особый интерес для России. Наиболее конструктивным для анализа представляется система здравоохранения Франции. Как и российская система здравоохранения, французская система сочетает в себе элементы социально-страховой и бюджетной модели с сильным государственным регулированием. Несмотря на положительные показатели здоровья населения в целом, существенным недостатком французской системы здравоохранения является отсутствие преемственности медицинской помощи пациенту, оказываемой различными врачами. Это приводит к перерасходу лекарств и медицинских услуг, времени и средств, неправильному и неэффективному лечению. При этом отсутствие согласования при лечении характерно не только для частнопрактикующих врачей; плохо налажена и преемственность между стационарной и амбулаторной помощью, между медицинской и социальной помощью (помощь инвалидам и престарелым). Именно поэтому в целях оптимизации расходов и повышения эффективности системы здравоохранения Франция применила рыночные механизмы и меры по усилению региональной автономии. Схожие тенденции наблюдаются при реформировании российской системы здравоохранения. Следовательно, изучение опыта Франции и анализ реформ, проводимых в стране в сфере организации и финансирования системы здравоохранения, становится востребованным и конструктивным в разработке комплексной реформы российского здравоохранения, и, в частности, внедрении новой системы эффективного распределения государственных расходов в сфере здравоохранения.

Глава 2: Реформы системы здравоохранения Франции: пути, тенденции и результаты

2.1 Организация системы здравоохранения Франции

Французская система здравоохранения считается одной из лучших по критерию результативности как во Франции, так и за ее пределами. Однако, она является и одной из самых дорогостоящих, расходы на здравоохранение составляют почти 12% ВВП страны.[90] Даже если по этому показателю Франция уступает США, она находится в пятерке стран с самыми высокими расходами вместе со Швейцарией, Германией и Японией.[91] Причиной такого высокого уровня расходов является присущая здравоохранению Франции свобода выбора как для пациента, так и для врача и других агентов систем. Пациенты имеют право выбора лечащего врача и лечебного учреждения, а врачи имеют право заниматься частной практикой, свободно прописывать лечение и получать вознаграждение на основе оказанных услуг. Отношения между специалистами здравоохранения и страховыми агентствами регулируются на основе договоров. Эти основные принципы, которые объединяют одновременно и всеобщее страховое покрытие населения, и свободный подход, позволили системе здравоохранения Франции адаптироваться к постоянным изменениям, выйти на качественный уровень предоставления услуг и расширить навыки регулирования.

Французская система здравоохранения вот уже в течение нескольких десятков лет обеспечивает высокое качество медицинских услуг и максимальный доступ населению системы обязательного страхования по болезни. При этом система на 3/4 финансируется из средств системы социального страхования. Это возможно только благодаря постоянно повышающимся ставкам налогов,

---

[90] Томсон С., Фубистер Т., Моссиалос Э. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения // Серия исследований. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. — 2010. № 17. С. 5-18

[91] База данных WHO Statistical System, 2014

страховых сборов и взносов. Однако расходы системы здравоохранения повышаются опережающими темпами (таблица 2.1). [92]

Таблица 2.1

Динамика доходов и расходов системы обязательного страхования по болезни Франции, 2008-2013 гг., в млрд. евро

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2008, в %
Расходы	168,1	173,6	176,5	180,3	184,7	189,4	12,7
Доходы	164	163,2	165,2	171,7	178,8	181,7	10,8
Дефицит	-4,1	-10,4	-11,3	-8,6	-5,9	-7,7	

Источник: проект закона о финансировании системы социального обеспечения, 2014 г.[93]

Основная причина повышения расходов – старение население и внедрение инновационных технологий. Последствия мирового финансового и экономического кризиса оказали огромное влияние на бюджетную политику страны. Однако высокий уровень дефицита системы социального обеспечения лишь частично объясняется воздействием экономического кризиса: структурные факторы составляют 0,7 процентных пунктов дефицита, который составил в 2010 г. 1,2 процентных пункта от ВВП. [94] И хотя новые технологии способствуют улучшению качества медицинских услуг и повышению здоровья населения, по мнению французских экспертов здравоохранения, в ближайшее время темп повышения расходов в секторе здравоохранения будет гораздо выше темпа роста ВВП страны.[95]

Высокие расходы на здравоохранение во Франции оказывают прямое влияние на состояние здоровья граждан: среди положительных показателей состояния здоровья можно отметить самый высокий среди европейских стран показатель средней продолжительности жизни, показатель рождаемости (12,7 новорожденных на 1000 человек), показатель безопасности дорожного движения, самый низкий в Европе показатель смертности от сердечно-сосудистых

---

[92] Chevillard G. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux: Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) //Questions d'économie de la santé. – 2013. – №. 190. – С. 1-8.

[93] Loi de financement de la sécurité sociale 2014 en chiffres. Режим доступа: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la_lfss_2014_en_chiffres.pdf, дата обращения: 10.10.2015

[94] Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé:19 recommandations du comité des sages //Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé. – 2013. 147 с.

[95] Askenazy P. Pour un système de santé plus efficace //Notes du conseil d'analyse économique. – 2013. – №. 8. – С. 1-12.

заболеваний. Тем не менее, есть и негативные показатели: высокая перинатальная смертность (13,9 неонатальных смертей на 1000 человек), высокий уровень самоубийств, повышенный уровень преждевременной смертности (до 65 лет) и несчастных случаев на производстве, высокий показатель потребления алкоголя, табака и наркотиков (по этому показателю Франция находится на 4 месте среди европейских стран), и, наконец, повышенный уровень онкологических заболеваний, что можно объяснить отличным качеством диагностики в сочетании со слабыми превентивными мерами. [96] Так, Франция занимает лидирующее положение по продолжительности жизни и промежуточное по состоянию здоровья населения по отношению к другим европейским странам.[97]

Французскую систему здравоохранения в целом можно охарактеризовать как смешанную организацию с фундаментальными принципами. Образцом выступает бисмаркская модель с элементами беверидженской системы. [98] Полномочия в области общественного здравоохранения и регулирования медицинских услуг распределяется между тремя институциональными и территориальными инстанциями: государством, системой страхования по болезни и местными отделениями социального обеспечения.

На сегодняшний день французская система здравоохранения, как и система социального обеспечения в целом, насчитывает 3 основных вида обязательного страхования по болезни: общий режим социального страхования, которым ведает национальная касса страхования по болезни рабочих и служащих (CNAMTS) - 89% населения; касса социального страхования сельскохозяйственных работников (MSA) – 5,4% населения; режим социального страхования лиц свободных профессий (RSI) – 5,4% населения; одновременно существуют различные виды специального страхования, которые покрывают риски, связанные с заболеванием, и профессиональными рисками особых категорий (государственные чиновники, работники государственных компаний

[96] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2013. – С. 346-348
[97] Noël A. La Cour des Comptes appelle à l'effort contre le déficit de la Sécurité sociale //Actualités Pharmaceutiques. – 2012. – Т. 51. – №. 519. – С. 7.
[98] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2013. – С. 85

(Французские железные дороги (SNCF), государственная энергогенерирующая компания Электриситэ де Франс (EDF), Банк Франции и т.д.).

Режимы социального страхования распространяются на все социально-профессиональные категории, а также на беднейшие категории населения с созданием в 1999 г. системы государственного покрытия медицинских расходов малоимущих граждан (CMU). Покрытие застрахованного лица охватывает его правопреемников, супругу или супруга, а также детей в возрасте до 16 лет. Каждый из режимов прикреплен к своей кассе страхования, которая аккумулирует и перераспределяет ресурсы. При этом кассы на национальном уровне, являются государственными, а региональные кассы являются частными организациями.

В то же время общее функционирование системы здравоохранения основано на разделе полномочий между государством и различными компетентными организациями. Даже если эти структуры пользуются определенной функциональной автономностью, вся система остается в значительной степени регулируемой и управляемой государством. Именно государство является гарантом консолидации механизмов финансирования здравоохранения и перераспределения средств. Государство также является гарантом улучшения состояния здоровья населения и играет главную роль в планировании и организации предложения медицинских товаров и услуг. Выделяют два институциональных уровня государственного регулирования сектора здравоохранения: общенациональный и территориальный. На общенациональном уровне в обязанности государства входит:[99]

- определение общих направлений политики в области общественного здравоохранения (профилактика, медицинский контроль, борьба с заболеваниями и зависимостями);
- организация и контроль всей системы здравоохранения и медицинских учреждений;

[99] Chassang H. Organisation et système de santé en France. — 2013. С. 5-18

- профессиональная подготовка работников здравоохранения и аккредитование медицинских учреждений;
- финансовое участие в инвестициях в медицинские учреждения и определение размера дотаций на их функционирование;
- управление и опека организаций страхования по болезни (обязательного и дополнительного).

Государство обеспечивает также проверки на нескольких уровнях: финансирование и выделение средств, фармацевтическая промышленность, соблюдение стандартов качества, отношения между врачами и пациентами.[100]

Управление на общенациональном уровне обеспечивается на двух различных уровнях: Парламента и Правительства. Каждый год Парламент Франции определяет предварительный бюджет и условия функционирования системы социального обеспечения, обсуждая и принимая закон о финансировании системы социального обеспечения (LFSS),[101] национальные показатели расходов на здравоохранение (бюджет) (ONDAM), основные направления в области здравоохранения и порядок проведения в жизнь новых положений, касающихся порядка функционирования и регулирования.

Цели здравоохранения устанавливаются сроком на 5 лет, и каждые 5 лет государство отчитывается о влиянии его политики на состояние здоровья населения.

Правительство Франции в последние десятилетия провело ряд масштабных реформ в сфере социальной защиты населения и регулирования системы медицинского страхования. Одними из самых масштабных и значительных считаются реформы Жюппе, проведенные в 1996 г. Следуя тенденции децентрализации, в рамках реформы были введены три новых института.

- Региональные больничные управления (ARH) и региональные управления по медицинским и социальным вопросам (DRASS), которые до вступления в силу

---

[100] Sandier S. Health care systems in transition: France // — 2004. С. 19-28

[101] Ознакомиться с законами о финансирования системы социального обеспечения по годам можно на официальном портале. Режим доступа: http://www.securite-sociale.fr/Lois-de-financement-de-la-Securite-sociale-LFSS-par-annee, дата обращения 11.12.2014

закона от 21 июля 2009 г. о реформе больниц, пациентах, здравоохранении и территориальной подведомственности (HPST) [102] обеспечивали проведение в жизнь социальной, медицинской и медико-социальной политики, а также управление эффективностью предложения услуг на местном уровне. В 2010 г. они были заменены Региональными агентствами здравоохранения (ARS). [103] Их функции гораздо шире - они объединяют всех партнеров системы здравоохранения, а также медико-социальных партнеров данного региона с целью эффективности предложения медицинских услуг.

- Региональные объединения фондов медицинского страхования (URCAM), которые связывают на региональном уровне 3 главные программы медицинского страхования;
- Региональные конференции по здравоохранению, которые оценивают потребности региона в медицинском обслуживании и устанавливают региональные приоритеты в области здравоохранения.[104]

Таким образом, сегодня большая часть ответственности возлагается на территориальные органы. Первостепенную роль в регулировании играют 26 Региональных агентств здравоохранения (ARS), созданных в 2010 г. для обеспечения на региональном уровне единого механизма управления системой здравоохранения, чтобы повысить ее эффективность и наилучшим образом соответствовать потребностям населения посредством установления координированного маршрута лечения, оптимизировав при этом расходы системы медицинского страхования. Задачи, стоящие перед агентствами, широко охватывают организацию предложения стационарной, амбулаторной и медико-социальной помощи, обеспечение безопасности для здоровья каждого, управление кризисами, профилактические меры и общественное здравоохранение, в том числе в области принятия мер по защите окружающей

---

[102] Закон о реформе больниц, пациентах, здравоохранении и территориальной подведомственности (HSPT) от 21 июля 2009 г. Режим доступа: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244, дата обращения: 10.10.2015

[103] Портал Региональных агентств по здравоохранению Франции. Режим доступа: http://www.ars.sante.fr/portail.0.html, дата обращения 10.12.2014

[104] Tabuteau D. Loi de santé publique et politique de santé //Santé publique. – 2010. – Т. 22. – №. 2. С. 253-264.

среды. В их функции также входит обеспечение лучшей координации медицинских услуг, наблюдение за более целесообразным расходованием средств, гарантия равного доступа к медицинским услугам подавляющего большинства населения. Разносторонняя политика системы здравоохранения, которую должны реализовывать агентства, требует от них выполнения задач в постоянном взаимодействии со множеством институциональных участников системы здравоохранения. В целях упрощения взаимодействия, главное агентство расположено в центре региона вместе с территориальными отделениями в каждом департаменте.[105]

Управлением сетью агентств здравоохранения занимается Национальный совет по регулированию. Каждое агентство заключает многолетний контракт, определяющий цели и средства (CPOM) с министрами здравоохранения, представителями системы страхования по болезни, пожилыми людьми и людьми с ограниченными возможностями на четырехлетний срок. Национальный совет по регулированию одобряет цели, прописанные в контракте, и оценивает достигнутые результаты с помощью индикаторов. Тем не менее, установленные цели и индикаторы не всегда учитывают специфические особенности регионов, что не позволяет направить прилагаемые усилия на решения приоритетных задач конкретного региона. [106]

Больничная система Франции

Государственная больничная система (SPH) Франции основана на следующих принципах: равенство доступа к лечению; непрерывность медицинских услуг; гибкость для обеспечения оптимального качества услуг на всей территории страны. Закон от 31 июля 1991 г. установил принцип единства больничной системы, включив в нее все медицинские учреждения (государственные, некоммерческие и частные) и возложив на них исполнение общественно-полезных задач здравоохранения.

---

[105] Chassang H. Organisation et système de santé en France. — 2013. С. 31-44

[106] Cour des Comptes. Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2011. – С. 266-267

Эти задачи можно разделить на четыре категории: медицинское обслуживание; информирование пациента; здравоохранение; оценка и анализ деятельности. Кроме оказания услуг по профилактике заболевания, лечению и паллиативной (облегчение боли) терапии, больница контролирует постоянство ухода за пациентом после его приема или госпитализации. Государственная больничная система также принимает участие в университетском образовании, повышении квалификации специалистов здравоохранения, а также в клинических исследованиях, в изобретательстве в области терапии. [107]

Всего в 2011 г. на территории французской метрополии и ее заморских департаментов функционировало 2 694 медицинских учреждения, которые занимаются диагностикой, лечением и наблюдением за больными. Суммарная мощность больничных учреждений составляет 414 395 коек и 65 152 места дневного стационара. Французский больничный сектор делится на три категории (см. табл. 2.2): государственные учреждения, некоммерческие учреждения и коммерческие учреждения (клиники). Медицинские учреждения отличаются друга от друга своей организационной структурой, способом управления, финансированием и возложенными на них общественно-полезными задачами.

Таблица 2.2

Организация больничной системы Франции в 2011 г.

<table>
<tr><th colspan="4">Медицинские учреждения</th></tr>
<tr><td colspan="4">2 694 медицинских учреждения (100%)
414 395 коек (100%) и 65 152 места дневного стационара (100%)</td></tr>
<tr><th colspan="4">По правовому статусу:</th></tr>
<tr><th colspan="2">Государственный сектор</th><th colspan="2">Частный сектор</th></tr>
<tr><td colspan="2">Государственные медицинские учреждения</td><td>Некоммерческие медицинские учреждения</td><td>Коммерческие медицинские учреждения</td></tr>
<tr><td colspan="2">947 учреждений (35%)
258 156 коек (62%),
38 862 места дневного стационара (60%)</td><td>700 учреждений (26%)
57 717 коек (14%)
11 778 мест дневного стационара (18%)</td><td>1 047 учреждений (39%)
98 522 коек (24%)
14 512 места дневного стационара (22%)</td></tr>
<tr><th colspan="4">По способу финансирования:</th></tr>
<tr><th colspan="2">Государственный сектор</th><th colspan="2">Частный сектор</th></tr>
<tr><td>Государственные больницы</td><td>Некоммерческие больницы, финансируемые как государственные</td><td>Некоммерческие больницы, финансируемые как коммерческие</td><td>Коммерческие больницы (клиники)</td></tr>
</table>

[107] Cour des Comptes. Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2011. – С. 266-267

		(клиники)	
947 учреждений (35%) 258 156 коек (62%), 38 862 места дневного стационара (60%)	632 учреждений (23%) 52 708 коек (13%) 11 003 мест дневного стационара (17%)	68 учреждений (3%) 5 009 коек (1,2%) 775 мест дневного стационара (1%)	1 047 учреждений (39%) 98 522 койки (23,8%) 14 512 мест дневного стационара (22%)

Источник: Министерство здравоохранения Франции, Главное управление социальной консолидации (DGOS)

Согласно данным таблицы 2.2, государственные больницы составляют 35% от общего числа больничных учреждений Франции, при этом им принадлежит 62% коек и 60% мест дневного стационара. По возложенным на медицинские учреждения обязанностям, можно выделить: региональные больничные центры (CHR), которые обеспечивают все специализированные услуги благодаря наличию эффективных технических средств (специализированный персонал, хирургическое оборудование, оборудование для получения медицинских снимков и т.д); и больничные центры общего профиля (CH или CHG), которые составляют более половины мест госпитализации и обслуживают определенную территорию, обеспечивая лечение местного населения, устанавливая диагнозы и предоставляя различные услуги в области терапии, акушерства и хирургии, а также услуги, связанные с острыми заболеваниями. В числе больничных центров насчитывается 88 учреждений, специализирующихся на психиатрии и 24 центра радиотерапии и медицинской визуализации (получения медицинских изображений).

Частный сектор больничной системы Франции, который включает 65% всех медицинских учреждений, состоит из учреждений 2 типов: коммерческие медицинские учреждения и некоммерческие медицинские учреждения, в которые входит 19 центров борьбы с раком, а также 681 медицинское некоммерческое учреждение. При этом мощности больничных учреждений частного сектора (коммерческих и некоммерческих учреждений) значительно уступают государственному и составляют 38% от всех коек и 40% мест дневного стационара.

Наконец, больничные структуры могут сформировывать группы медицинского взаимодействия для того, чтобы объединить больничные мощности и разделить между собой оказание определенных видов медицинских услуг. Эти

группы могут самостоятельно объединяться в учреждения здравоохранения (государственные или частные), если получат разрешение на оказание лечебных услуг. Таким образом, в последние годы наблюдается значительное сокращение количества больничных учреждений (в особенности в частном секторе) за счет процессов реорганизации и реструктуризации, способствующих снижению расходов и повышению качества услуг. Так, с 2003 по 2011 гг. количество коек в больничных учреждениях французской метрополии и ее департаментах уменьшилось на 11,5%. В частности, значительно уменьшилось количество коек в больницах, специализирующихся на лечении хронических заболеваний в связи с тем, что большинство из них были преобразованы в иные структуры (учреждения социального и медицинского обслуживания пожилых людей).[108]

Организация и планирование больничного предложения регулируются тремя необходимыми условиями: правильное территориальное распределение, удовлетворение потребностей населения и сдерживание расходов на здравоохранение. Одним из средств больничного планирования (планирования медицинского обслуживания) является Региональный план организации здравоохранения (Sros). Он устанавливает направления развития здравоохранения на пятилетний период в масштабах региона с целью рационального использования территориальных больничных средств и улучшения качества услуг, а также следит за постепенным развитием больничной техники и поддерживает решения, заменяющие госпитализацию (содержание на дому, услуги расположенных поблизости учреждений). С 2010 г. Региональные агентства здравоохранения занимаются распределением бюджета больниц, выдачей разрешений на ведение лечебной деятельности, сотрудничеством государственных и частных лечебных учреждений.

Первичное и специализированное амбулаторное медицинское обслуживание

Первичную и специализированную амбулаторную медицинскую помощь, не требующую госпитализации, оказывают частнопрактикующие врачи,

[108] Cour des Comptes. Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2011. – С. 249

дантисты, медицинские работники нелечебных специальностей и, в меньшей степени, врачи, работающие по совместительству в больницах. Практически все частнопрактикующие медики работают в соответствии с рамочными национальными соглашениями, заключенными представителями медиков с фондами медицинского страхования. Эти соглашения касаются условий медицинской практики и включают перечень официальных тарифов на медицинские услуги. Как правило, пациенты напрямую оплачивают медицинские услуги, а затем получают от своего страхового фонда возмещение в установленном размере. Это не относится к стационарному лечению (страховые фонды напрямую оплачивают услуги больниц) и к любому лечению тех, кто бесплатно застрахован по закону о всеобщем медицинском страховании (CMU).

Амбулаторную медицинскую помощь оказывают частнопрактикующие врачи (как врачи общей практики, так и специалисты), большинство из которых работают в одиночку. Лишь 38% врачей объединяются в группы. Обычно это врачи общей практики, стремящиеся таким образом обеспечить удобные часы приема для пациентов, или специалисты, использующие в работе дорогое оборудование. Из 95 000 врачей, работающих по найму, около 90% работают в государственном секторе. Национальное соглашение между врачами и медицинскими страховыми фондами позволяет некоторым врачам брать за свои услуги плату выше официальных тарифов – это так называемый «второй сектор». При введении «второго сектора» в 1980 г. в него мог вступить любой врач, но впоследствии доступ в него был ограничен. Сейчас для работы во втором секторе врач должен обладать определенной квалификацией.

Таблица 2.3

Динамика стоимости и объема оказанных амбулаторных услуг

Средний ежегодный прирост, в %

	2008	2009	2010	2011	2012
Общая стоимость оказанных услуг	3,3	2,9	1,7	4,0	3,2
Цена на оказанные услуги	1,5	0,8	0,5	1,1	0,9
Объем оказанных услуг	1,7	2,1	1,2	2,8	2,3

Источник: DREES, Национальные счета здравоохранения

В таблице 2.3 отражена динамика стоимости, цен и объема оказанных амбулаторных услуг. В 2010 г. наблюдается снижение роста оказанных

медицинских услуг (+1,7%) из-за благоприятной эпидемиологической ситуации и отсутствия изменений в установленных тарифах. Однако в 2011 г. общая стоимость оказанных амбулаторных медицинских услуг выросла на 4%, а в 2012 г. темп роста незначительно снизился и составил 3,2%. Рост цен на оказанную амбулаторную медицинскую помощь в 2011 г. составил 1,1% из-за повышения цен на консультации врачей общей практики, а увеличение цен на медицинские услуги в 2012 г. (+0,9%) вызвано повышением тарифов на услуги, оказываемые младшим медицинским персоналом. В 2012 г. объем оказанной амбулаторной медицинской помощи в стоимостном выражении достиг 47,3 млрд. евро, что составило 25,7% от всего объема потребленных медицинских товаров и услуг.

Один из основных приоритетов национальной стратегии здравоохранения – организация предложения медицинской помощи в территориальной доступности для всего населения и создание разнопрофильных команд специалистов здравоохранения, концентрирующихся вокруг лечащего врача и сотрудничающих с больницами и с организациями, предоставляющими специализированные медико-социальные услуги. [109] Свобода врачей в выборе места работы способствовала неравномерному распределению врачей по территории страны. Несмотря на то, что в настоящее время число врачей во Франции увеличивается быстрее, чем численность населения, уровень доступности врачей в последние годы снизился,[110] а географическое распределение медицинских работников в стране крайне неравномерно между городскими центрами и пригородом, между отдаленными сельскими районами и промышленными полюсами. Для решения этой проблемы правительство внедрило целый набор инструментов: нормирование количества студентов медицинских университетов, различные виды стимулирующей помощи врачам, помощь при обустройстве на отдаленных территориях, лучшая организация предложения услуг путем усиления взаимодополняемости профессионалов здравоохранения. Однако, взятые каждая

[109] Chassang H. Organisation et système de santé en France. — 2013.С. 20-31

[110] В 2009 г. численность врачей составила 209 000 человек, из них 116 000 – врачи частной практики: 61 000 врачей общей практики и 55 000 врачей-специалистов. При этом численность врачей также увеличилась с 306 врачей на 100 000 жителей в 1990 г. до 335 врачей в 2009 г..

по отдельности, данные меры обладают крайне ограниченной эффективностью и не отвечают глобальной цели равномерного географического распределения врачей. Есть риск ухудшения доступности предоставления медицинской помощи на определенных территориях, и переизбыток специалистов на других. [111]

2.2 Финансирование системы здравоохранения Франции

Источники финансирования системы здравоохранения Франции

Основной источник финансирования расходов системы здравоохранения во Франции – взносы в систему страхования по болезни. [112] Структура доходов системы страхования по болезни состоит из следующих элементов: социальных взносов работников и работодателей, целевого налога «общего социального взноса» (CSG), исчисляемого со всех видов доходов, других налогов и сборов, трансфертов и т.д. Рассмотрим подробнее структуру доходов системы социального страхования (таблица 2.4):

Таблица 2.4

Доходы системы обязательного страхования по болезни с 2011 по 2013 гг.

	2011		2012		2013	
	млрд. евро	%	млрд. евро	%	млрд. евро	%
Взносы работников и работодателей	79,0	46,14	81,3	45,47	84,4	45,74
Государственные взносы	1,4	0,82	1,4	0,78	1,4	0,76
Общий социальный взнос (налог)	60,7	35,46	63,1	35,29	64,8	35,12
Другие социальные взносы	1,1	0,64	2,4	1,34	3,0	1,63
Налоги и сборы	24,4	14,25	25,6	14,32	25,7	13,94
Перераспределение средств между страховыми программами	2,1	1,23	2,3	1,29	2,5	1,36
Прочие доходы*	2,5	1,46	2,7	1,51	2,7	1,46

* *Доходы, полученные от иностранных государств согласно международным соглашениям о системе страхования по болезни*

Источник: Закон о финансировании системы социального обеспечения, 2013г.

Социальные взносы. Исходя из основного принципа солидарности в финансировании системы социального обеспечения, взносы оплачиваются и работодателем, и рабочими и служащими. В 2013 г. доля взносов составила 45,74% всех доходов системы страхования по болезни. Величина социальных

[111] Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé-19 recommandations du comité des sages //Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé. – 2013. 147 с.
[112] Там же

взносов рассчитывается как процент от заработной платы, работодатель при этом уплачивает 12,8%, а работник – 0,75%. Сначала максимальные размеры взносов были ограничены, но затем ограничения были сняты. С 1998 г. была сделана попытка расширить финансовую базу системы социального обеспечения. С этой целью взносы медицинского страхования, взимаемые с заработной платы работников, были снижены с 6,8% до 0, 75% от общего заработка (табл. 2.5), но при этом был введен целевой налог системы социального обеспечения - общий социальный взнос (CSG) с совокупного дохода, которым облагаются все виды доходов: трудовые и нетрудовые доходы, инвестиционные доходы, финансовые доходы.

Целевой налог «Общий социальный взнос» (CSG)[113]. Налог, в 1991 г., заменил отчасти социальные отчисления и увеличил объем получаемых ресурсов за счет расширения видов облагаемых доходов. Для каждого типа доходов назначается своя ставка общего социального взноса, существует частичное освобождение от уплаты для тех, чьи доходы ниже определенного уровня. Такой способ финансирования подчиняется принципу равенства участия: страховая организация получает двойной взнос от рабочего или служащего и от его работодателя. Таким образом, «общий социальный взнос» позволил правительству финансировать расходы системы здравоохранения в сложный период финансового кризиса. На сегодняшний день ставка «общего социального взноса» составляет 7,5%, из которых 5,25% отчисляется на финансирование системы страхования по болезни. В 2013 г. «общий социальный взнос» составил 35,1% всех доходов системы обязательного страхования по болезни.

Таблица 2.5

Структура страховых платежей и взносов общего режима социального страхования Франции, 2013 г.

	Работодатель	Работник	Всего
Социальные взносы			
Медицинское страхование	*12,80%*	*0,75%*	*13,55%*

[113] Согласно Конституционному совету Франции, «общий социальный взнос» является целевым налогом, однако Европейский суд считает, что «общий социальный взнос» является социальным отчислением, так как он предназначен специально для финансирования системы социального обеспечения и не отчисляется в государственный бюджет для последующего перераспределения. Таким образом, «общий социальный взнос» обладает двойственным характером и является одновременно и налогом, и социальным отчислением.

Пенсионное страхование	8,40%	6,75%	15,15%
Семейные пособия	5,40%		5,40%
Страхование от несчастных случаев на производстве	2,43%		2,43%
Другие взносы			
Целевой налог "Общий социальный взнос"*		7,5 %*	7,50%
Взнос на покрытие социального долга (гос-во)		0,5 %*	0,50%
ВСЕГО	29,03%	15,5%	44,53%

** уплачивается из совокупного дохода*

Источник: составлено автором на основе данных государственного портала Системы социального страхования Франции[114]

Государственные взносы - это отчисления, выплачиваемые государством в рамках осуществления политики занятости населения. Они направлены на сокращение объема взносов, уплачиваемых работодателями на социальное обеспечение.

Налоги и сборы. В структуру поступлений на страхование по болезни также входят различные виды налогов и сборов, которые на 2013 г. составили 13,9% всех поступлений. Однако основная часть доходов (85%) приходится на основные налоги и сборы: налог на табачную и алкогольную продукцию, налог на лекарственные средства, а также налог на деятельность фармацевтических компаний. С 2005 г. правительство увеличивает ставки налогов или вводит новые налоги, а также сокращает налоговые ниши для финансирования возрастающих расходов системы страхования по болезни. Диверсификация налогов может стабилизировать ресурсы системы страхования по болезни от колебаний роста ВВП и фонда оплаты труда.[115]

Перераспределение средств между страховыми программами (трансферты). Различные режимы также связаны между собой системой компенсации, и государство вкладывает средства в форме субсидий на сбалансирование дефицита различных режимов страхования.

[114] Источники финансирования системы социального страхования, http://www.securite-sociale.fr/Les-sources-de-financement-de-la-Securite-sociale, дата обращения 1.02.2015

[115] Chassang H. Organisation et système de santé en France. — 2013. С. 72-80

Несмотря на меры по диверсификации, основным источником доходов режимов социального обеспечения являются социально-страховые платежи работодателей и работников.[116]

Бюджет здравоохранения и распределение средств

С 1997 г. Парламент Франции обсуждает и принимает Закон о финансировании социального обеспечения, устанавливающий национальные показатели расходов на здравоохранение (ONDAM) – или плановый бюджет здравоохранения - для всех обязательных режимов медицинского страхования. С целью финансового равновесия системы социального обеспечения национальные показатели расходов на здравоохранение коррелируются с изменениями расходов за предыдущий год, потребностями населения и имеющимися ресурсами. Утвержденный парламентом общий лимит расходов на медицинское страхование правительство делит на пять частей (распределение на 2014 г.):

Таблица 2.6

Объем и динамика общих расходов ONDAM в 2014 г., в млрд. евро

	Фактические расходы 2013 г.	ONDAM в 2014 г.	Планируемый уровень роста ONDAM	Доля в общих расходах в 2014 г.
Амбулаторные услуги и городская медицина	79,2	81,2	2,40%	45,3%
Расходы медицинских учреждений	73,8	75,5	2,30%	42,1%
Медико-социальная помощь, в т.ч.:	17,1	17,6	3,00%	31,0%
Отчисления учреждениям и службам, занимающимся геронтологическими больными	8,4	8,6	2,90%	11,1%
Отчисления учреждениям и службам, занимающимся пациентами с ограниченными возможностями (инвалидами)	8,7	9	3,10%	9,8%
Расходы региональных фондов	3,1	3,2	2,40%	4,8%
Альтернативные виды лечения	1,6	1,7	5,60%	5,0%
Всего	174,9	179,2	2,40%	

Источник: ONDAM, 2014

В течение трех лет (2010, 2011, 2013 гг.) расходы системы здравоохранения не превышали плановые показатели бюджета. Тем не менее, на сегодняшний день наблюдается рост дефицита системы страхования по болезни, который составил

[116] Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé-19 recommandations du comité des sages //Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé. – 2013. 147 с.

7,7 млрд. евро. в 2013 г., что практически на 2 млрд. евро выше показателя в 2012 г. Этот рост потребовал от правительства внедрения срочных мер по сокращению расходов системы здравоохранения. С 2007 по 2012 гг. суммарный прирост бюджета здравоохранения (+11,4%) в два раза превысил суммарный рост ВВП страны за тот же период (+5,1%) из-за рецессии в 2009 г.

Структура финансирования расходов на здравоохранение

Все расходы в секторе здравоохранения фиксируются в Национальных счетах здравоохранения, которые позволяют оценить распределение финансовых усилий между государством, административно-территориальными образованиями, системой страхования по болезни, организациями дополнительного страхования (кассами взаимопомощи и организациями страхования пожилого населения), а также домохозяйствами (личные платежи граждан).[117]

Различают следующие виды расходов:

- *Пользование медицинскими товарами и услугами (CSBM).* Это пользование касается стационарного медицинского обслуживания и обслуживания в секциях с медицинским оборудованием (геронтологические больные), амбулаторных услуг и профилактической медицины, медицинского транспорта и лекарственных средств. Согласно данным, представленным в таблице 4, в 2012 г. объем расходов в этом секторе составил 183,6 млрд. евро, или 9% от ВВП.

- *Текущие расходы на здравоохранение (DCS).* Они включают расходы, входящие в пользование медицинскими товарами и услугами (CSBM), другие расходы на лечение больных (расходы на лечение хронических заболеваний, расходы на лечение гериатрических больных[118] и инвалидов как на дому, так и в специализированных медицинских учреждениях), суточное возмещение заработной платы (в случае болезни, материнства или несчастного случая на производстве), расходы на профилактику (индивидуальную и общественную),

[117] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2012. – С. 51-88

[118] Гериатрия – частный раздел геронтологии, занимающийся изучением, профилактикой и лечением болезней старческого возраста

исследования и профессионально-техническое медицинское обучение, а также субсидии, получаемые системой здравоохранения, и административно-управленческие расходы. В 2012 г. объем текущих расходов на здравоохранение составил 12% от ВВП или 243 млрд. евро.

Расходы на здравоохранение Франции финансируются за счет системы обязательного страхования по болезни, системы дополнительного страхования по болезни, состоящей из страховых организаций, организаций взаимопомощи и организаций дополнительного страхования по старости и инвалидности, личных платежей граждан и системы государственного обязательного и дополнительного страхования для малоимущих граждан (см. таблица 2.7).

Таблица 2.7

Структура финансирования здравоохранения, в %

Источники финансирования	2000	2004	2008	2012
Система социального обеспечения (система страхования по болезни)	76,7	77,0	75,7	75,5
Государственное медицинское страхование и система государственного покрытия медицинских расходов малоимущих граждан	1,2	1,3	1,2	1,2
Система дополнительного медицинского страхования, *в т.ч.*	12,4	12,9	13,3	13,7
Организации взаимопомощи	*7,6*	*7,5*	*7,6*	*7,4*
Страховые компании	*2,6*	*3,0*	*3,3*	*3,8*
Организации дополнительного страхования по старости и инвалидности	*2,1*	*2,5*	*2,4*	*2,5*
Личные платежи граждан (дополнительно ко взносам и отчислениям)	9,7	8,8	9,7	9,6
ВСЕГО	100	100	100	100

Источник: DREES, Национальные счета здравоохранения, 2014

В 2012 г. система обязательного страхования по болезни финансировала 75,5% всех расходов на пользование медицинскими товарами и услугами, что составило 30% расходов системы социального обеспечения Франции. [119] Однако в период с 2000 по 2012 гг. доля системы социального обеспечения снизилась на 1,2% из-за введения в 2004 г. ряда «соплатежей» населения. В связи с этим возросла доля личных платежей граждан в финансировании услуг здравоохранения: в период с 2004 по 2012 гг. показатель увеличился на 1,4% и установился на уровне 9,6 %. Что касается организаций дополнительного страхования по болезни, их доля увеличилась на 1,3 % в период с 2000 по 2012 гг.

[119] Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé-19 recommandations du comité des sages //Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé. – 2013. 147 с.

и составила 13,7%, компенсируя тем самым снижение доли системы обязательного страхования по болезни.

Из дополнительных источников оплачивается 25% расходов медицинских товаров и услуг. Организации дополнительного медицинского страхования предлагают базовое покрытие, которое оплачивает талон долевой оплаты, не возмещаемый обязательным страхованием по болезни, или более широкие услуги: стоимость госпитализации по болезни или при хирургическом вмешательстве, расходы на фармацевтические товары, расходы на оптику и т. п

На сегодняшний день существует разделение обязанностей между системами обязательного и дополнительного страхования по болезни: система обязательного страхования по болезни в основном охватывает лечение сложных или хронических заболеваний, в то время как система дополнительного страхования покрывает небольшие риски. Такое распределение обязанностей делает экономически выгодным деятельность организаций дополнительного страхования и не вынуждает их отбирать страхователей по методу снижения принимаемого риска.

Деятельность организаций дополнительного страхования расширилась в 2000 г. вместе с внедрением программы дополнительного государственного покрытия медицинских расходов для малоимущих граждан (CMU-C), гарантирующим доступ к бесплатной медицинской помощи для той части населения, чей ежемесячный доход ниже 634 евро на одного человека (в 2010 г. в эту категорию вошло 4,3 млн. человек, а расходы системы составили 1,4 млрд. евро). Существует также программа оказания финансовой помощи для оплаты контракта на дополнительное медицинское страхование, подписанного в индивидуальном порядке для лиц, чей доход превышает установленный уровень для пользования CMUC, но ниже определенного порога [120]. Таким образом, с 2003 г. система дополнительного страхования по болезни охватывает 93% населения Франции.

---

[120] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. - 2013. – С. 412-415 (В 2010 г. помощь получили 535 000 человек на общую сумму в 100 млн. евро)

Граждане самостоятельно оплачивают медицинские расходы, которые не покрываются системами обязательного и дополнительного страхования по болезни (см. рисунок 2.1)

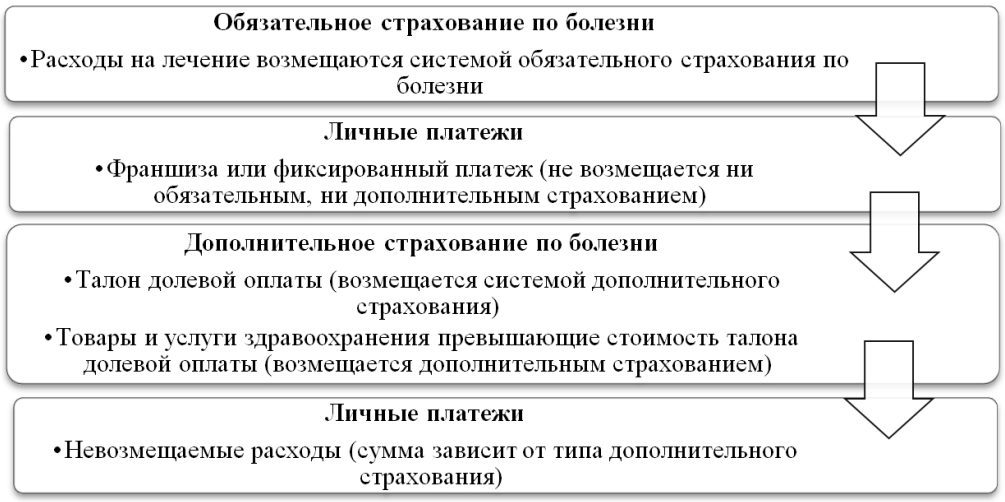


Рисунок 2.1 Возмещение расходов на здравоохранение (составлено автором)

Особенностью французской системы здравоохранения является наличие разветвленной сети обществ взаимопомощи (mutuelles santé). Это частные некоммерческие профессиональные организации, доходы которых состоят из членских взносов, гарантирующие солидарное возмещение медицинских расходов участникам общества. Общества взаимопомощи действуют согласно Кодексу обществ взаимопомощи и функционируют в дополнение к системе обязательного страхования по болезни. В рамках своей деятельности они предоставляют: дополнительное покрытие расходов на медицинские услуги; выплаты пособий по временной нетрудоспособности (в случае болезни или производственной травмы) и выплаты по инвалидности; дополнительные пенсионные выплаты; регулирование предоставления медицинской и социальной помощи.

Основное отличие обществ взаимопомощи от страховых организаций состоит в том, что:

- общества взаимопомощи не ориентированы на получение прибыли; вся прибыль общества распределяется равномерно между членами или направляется в резервный фонд общества;

- капитал общества определяется объемом членских взносов; принятие решений происходит коллективно всеми членами общества, независимо от размера уплаченного членского взноса;
- объем уплачиваемых членских взносов не зависит от состояния здоровья членов, однако риски выравниваются путем разделения обществ по виду деятельности членов (общество взаимопомощи преподавателей, общество взаимопомощи студентов и т.д.)

Практически все общества взаимопомощи Франции являются членами Национальной федерации обществ взаимопомощи, которая является их официальным представителем.

Организации взаимопомощи занимают 56% рынка дополнительного медицинского страхования и предоставляют в основном индивидуальные контракты, в частности контракты для государственных служащих, в то время как организации дополнительного страхования по старости (18% рынка) работают по программам коллективного страхования. Страховые компании занимают 27% рынка, а их предложение сбалансировано – они заключают в равной степени как индивидуальные, так и коллективные страховые контракты[121].

Особенности финансирования больничного сектора

Среди основных статей расходов системы здравоохранения, необходимо выделить расходы на финансирование больничного сектора, которые на 2013 г. составили 42% от общих расходов бюджета системы здравоохранения. [122]

Важно отметить, что в основу современной системы финансирования медицинских учреждений во Франции – тарификации по видам деятельности (T2A) - заложена система финансирования по диагностическим группам, разработанная в США в рамках модели управляемой конкуренции в здравоохранении и используемая в Канаде и в Великобритании после реализации реформ системы здравоохранения в рамках модели внутреннего рынка. До 2004 г. кассы медицинского страхования финансировали больницы, участвующие в

[121] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2011. – С. 324-329
[122] См. детальную расшифровку в Приложении 4

государственном медицинском обслуживании, методом глобального бюджета. Общих правил установления бюджета не было, каждое региональное управление само решало, каким образом определять бюджеты больниц. Частные медицинские учреждения с 1992 г. финансировались на основе «Национальных количественных показателей» (OQN). Соблюдение этих показателей обеспечивалось ретроспективным образом с помощью увеличения или уменьшения тарифов, на основании полученных результатов. До 1999 г. эти показатели устанавливались по итогам переговоров между государством, системой страхования по болезни и представителями частных медицинских учреждений. [123]

В период с 1990 по 2000 гг. был создан набор экономических инструментов для тщательного анализа и расчета объемов деятельности медицинских учреждений и их расходов, разработана Программа автоматизации обработки медицинской информации (PMSI) и создан ее технический оператор – Техническое агентство по больничной информатизации (ATIH). Программа позволила классифицировать пациентов по однородным группам болезней (GHM) на основе учета лечебно-диагностической деятельности национальных, объединенных, государственных и частных больничных учреждений. Расходы в рамках однородных групп по болезням, рассчитанные агентством, являются усредненными показателями по данным группам в медицинских учреждениях, добровольно участвующих в сборе данных. Эти усредненные показатели позволяют установить норму расходов в клинической, медико-технической, логистической и управленческой областях, а также в области лекарственного обеспечения и технологического оснащения медицинских учреждений и нацелены на финансирование не процесса лечения, а конечного результата. Наконец, с помощью диагностических групп возможно внедрение конкуренции в больничный сектор.

---

[123] Or Z., Renaud T. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) // Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. Paris (France): Institut de recherche et documentation en économie de la santé. — 2009. С. 11

Количество финансовых ресурсов, выделяемых больницам, рассчитывается исходя из того объема услуг, которое оказывает больничное учреждение. Таким образом, можно предварительно просчитать доход больницы исходя из установленных тарифов для каждого типа лечения. Тарифы на лечение для каждой однородной группы по болезням ежегодно устанавливаются Министерством здравоохранения. Пребывание в больнице каждого пациента, классифицированное по однородным группам по болезням, соотносится к одной или к нескольким однородным группам по сроку пребывания (GHS). Именно однородные группы по сроку пребывания определяют объем финансовых ресурсов, полученных от системы обязательного страхования по болезни. Если срок пребывания пациента в больнице превышает определенную норму, то каждый дополнительный день стационарного лечения снижает средний ежедневный тариф, по которому финансируется учреждение, тем самым снижается средний уровень ресурсов, необходимых для продолжения стационарного лечения пациента. Вот почему данный инструмент принуждает медицинские учреждения регулировать сроки лечения пациентов в стационаре.

Особенность системы T2A состоит в том, что конкуренция не может быть ценовой, она возможна только по объему оказанной медицинской помощи. Таким образом, медицинские учреждения вынуждены увеличивать объемы услуг вне зависимости от их реальной эффективности.[124]

В системе T2A есть два основных источника доходов медицинских учреждений – это тарифы, по которым финансируются основные [125] и специфические виды медицинской помощи, к которым добавляется финансирование за использование определенного медицинского оборудования или дорогостоящих медикаментов, а также твердые дотации, предназначенные для финансирования общественно-полезных задач (MIGAC).

Общественно-полезные задачи включают три типа «миссий» (задач):

---

[124] Le Menn J., Milon A. Rapport d'information enregistré à la Présidence du Sénat le 25 juillet 2012 au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé. — 2012. 327 c.

[125] К основным видам медицинской помощи относится терапия, хирургия, акушерство; к специфическим видам медицинской помощи относится неотложная помощь, внешние консультации и т.д.

- Общественно-полезные миссии (MIG): наблюдение и контроль за состоянием здоровья населения (создание токсикологических центров и центров для лечения рака); оказание многопрофильной и специфической медицинской помощи (создание горячей линии для населения, мероприятий по профилактике и санитарному просвещению); оказание медицинской помощи тюремным заключенным; реализация стратегии общественного здравоохранения и т.д.
- Образовательная, исследовательская и инновационная деятельность (MERRI): создание исследовательских и инновационных центров; центров по лечению редких заболеваний и т.д.
- Помощь при реализации проектов (AC): финансирование инвестиционной деятельности, поддержка или расширение деятельности, восстановление финансового равновесия и т.д.

Система T2A отделяет задачи медицинского обслуживания от других общественно полезных задач, она касается исключительно основных видом медицинской помощи, которые финансируются по объему фактически оказанных медицинских услуг. Выполнение общественно-полезных задач финансируется специальной дотацией, а обслуживание больных после лечения в стационаре и реабилитация (SRR), психиатрия и уход за хроническими больными финансируются иным способом (таблица 2.8).

Таблица 2.8

Система финансирования больничного сектора Франции

<table>
<tr><td rowspan="3">Статус</td><td rowspan="2">Государственный сектор</td><td colspan="2">Частный сектор</td></tr>
<tr><td>Учреждения, ранее финансируемые по методу глобального бюджета</td><td>Другие частные учреждения</td></tr>
<tr><td colspan="2">Некоммерческий сектор</td><td>Коммерческий сектор</td></tr>
<tr><td rowspan="4">способ финансирования</td><td colspan="3">Показатели по расходам, связанным с деятельностью МСО, финансируемые по системе T2A</td></tr>
<tr><td>Ежегодные дополнительные временные дотации (DAC)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Миссии общего профиля MIGAC/ специальные дотации</td></tr>
<tr><td>Национальные показатели расходов на страхование по болезни (ODAM) на лечение после госпитализации и реабилитации (SSR) и на психиатрию</td><td colspan="2">Национальные показатели расходов на лечение после госпитализации и реабилитацию (SSR) и на психиатрию</td></tr>
</table>

	Ежегодная финансовая дотация	

Источник: Министерство здравоохранения Франции, Главное управление социальной консолидации (DGOS), 2012 г.

С помощью системы T2A правительство стремится повысить ответственность работников больничного сектора оптимизировать расходы и улучшить механизмы административного управления в медицинских учреждениях. Это положение направлено на унификацию режимов финансирования и на справедливое распределение ресурсов в больничном секторе. В то время как Техническое агентство по больничной информатизации является достаточно объективным инструментом оценки затрат на стационарное лечение, тарифная сетка, устанавливаемая на основе этих данных, является инструментом государственной политики, направлением, которое государство хочет придать больничной деятельности в рамках программы по оптимизации расходов. Именно Парламент Франции утверждает объем финансирования здравоохранения, в том числе – больничного сектора на основе T2A.

2.3 Эволюция реформ системы здравоохранения: результаты, проблемы развития и перспективы решения

Анализ проведенных реформ системы здравоохранения Франции

С начала 1990-х гг. правительство Франции проводит масштабные реформы в области организации и финансирования системы здравоохранения, однако ни реформа Жюппе, направленная на сдерживание расходов здравоохранения и усиление регионального уровня, ни закон, принятый в 2004 г. о реформе системы страхования по болезни, который ввел «согласованную схему лечения», ни внедрение системы финансирования на основе диагностических групп (T2A) не позволили решить главный вопрос: как сохранить право каждого на получение качественной медицинской помощи и при этом сократить и оптимизировать возрастающие расходы сектора здравоохранения, вызванные старением населения и увеличением стоимости технологий и методов лечения?

Согласно Национальной стратегии здравоохранения, необходимо упростить организацию системы здравоохранения, устранить административные барьеры, реорганизовать предложение медицинских услуг, переместив акцент на лечащего

врача, который будет регулировать доступ пациентов к врачам-специалистам, услугам здравоохранения, медицинским учреждениям на определенной территории, а также обеспечить интегрированное финансирование лечения на всех этапах: профилактика, диагностика заболевания, лечение и реабилитационный период. Основной целью политики здравоохранения является усиление амбулаторного уровня предоставления медицинских услуг для сокращения ненужного стационарного лечения и снижения возможных осложнений из-за несвоевременной диагностики.

Национальная конференция по здравоохранению определила в своем отчете от 18 июня 2013 г., что «дезорганизация на национальном уровне и институциональные факторы мешают эффективной организации и координации на региональном уровне», а также отметила фрагментарный характер системы здравоохранения. [126] Управление системой здравоохранения, по мнению французских специалистов, на национальном уровне должно быть пересмотрено с учетом:

- необходимости организации политики здравоохранения на уровне различных министерств;
- развития взаимодействия между государством и системой обязательного медицинского страхования для координированного управления системой здравоохранения;
- изменения институциональной структуры системы здравоохранения и условий функционирования организаций с целью улучшения методов работы, повышения прозрачности и укрепления сотрудничества;
- улучшения взаимодействия между центральным аппаратом и операторами на национальном и региональном уровнях.

В целом, все проведенные государством реформы по сдерживанию затрат можно разделить на две категории: меры, направленные на регулирование спроса и меры, направленные на регулирование предложения. Отдельно выделим

[126] Or Z., Renaud T. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) // Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. Paris (France): Institut de recherche et documentation en économie de la santé. — 2009. С. 10-24

реформы, направленные на усиление взаимодействия участников системы здравоохранения (см. рисунок 2.2). Рассмотрим каждый из них подробнее.

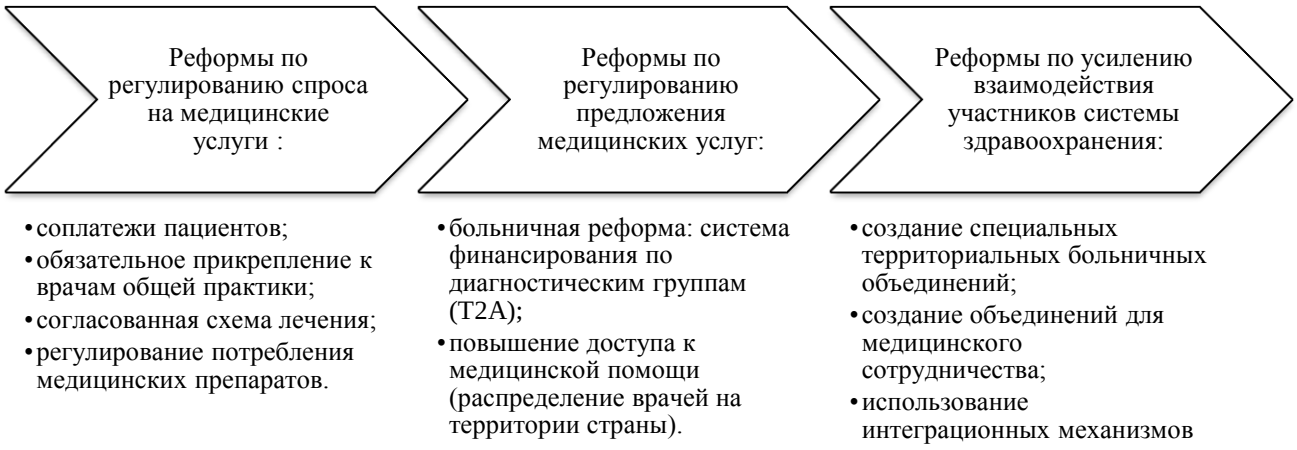


Рисунок 2.2. Реформы системы здравоохранения Франции[127]

Реформы по регулированию спроса

Как было представлено на рисунке 2.1, часть расходов на здравоохранение не покрывается системой медицинского страхования и оплачивается непосредственно потребителями. Основным инструментом регулирования спроса на услуги здравоохранения во Франции является «талон долевой оплаты», введенный в 1930-х гг. Участие пациентов в оплате расходов системы страхования по болезни способствует более рациональному потреблению медицинских услуг. В 2005 г. правительство установило долевое участие размером в 1 евро для всех видов медицинских консультаций и процедур. В 2008 г. была введена система медицинской франшизы, которая определяет долю, оплачиваемую застрахованным лицом. Это доля различна в зависимости от медицинских товаров и услуг: 1 евро за каждый акт или прием врача вне больницы, 0,50 евро за коробку лекарственного средства, 2 евро за поездку в медицинском транспорте. Для тяжелых случаев болезней, требующих серьезного лечения, а также для хронических заболеваний, французская система предполагает полное или частичное освобождение от долевой оплаты. Выделяют следующие типы освобождений: от оплаты лечения, от фиксированной оплаты койко-дня в случае краткосрочного или долгосрочного пребывания в больнице, от

[127] Составлено автором на основе отчетов Счетной палаты Франции за 2011-2015 гг.

долевого участия в 1 евро при консультациях и медицинских процедурах, от оплаты по системе медицинской франшизы. Освобождения пациентов от оплаты лечения связаны со следующими видами заболеваний:

- длительные (хронические) заболевания: из-за старения населения количество людей, страдающих хроническими заболеваниями растет (12% в 2004 году и 15% в 2009 г.)[128]. В соответствии с этим увеличиваются расходы системы медицинского страхования на покрытие лечения;
- длительная госпитализация;
- дорогостоящие медикаменты: долевое участие пациентов отменено для медикаментов попадающих под категорию дорогостоящих и незаменимых препаратов[129], а также для протезов, инвалидных колясок, ортезов;
- профилактические мероприятия: диагностика определенных заболеваний, профилактические меры для несовершеннолетних, стоматологическая профилактика и т.д.
- освобождение, связанное с определенными группами пациентов: люди с ограниченными возможностями, беременные женщины, новорожденные, военные, пенсионеры, инвалиды и т.д. (в целом, они составляют 29% населения Франции или около 19 млн. человек).

На сегодняшний день невозможно определить степень влияния освобождений от уплаты талона долевой оплаты на увеличение расходов системы медицинского страхования. Тем не менее, характерные особенности услуг здравоохранения накладывают определенные ограничения для применения метода сдерживания расходов посредством регулирования спроса. Несмотря на масштабы освобождений от долевого участия, доля платежей, приходящаяся на население велика: более 2 млн. человек, треть из которых страдает хроническими заболеваниями, тратят более 1000 евро в год на оплату услуг здравоохранения. На практике может случиться так, что пациенты откажутся от необходимого

---

[128] Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé-19 recommandations du comité des sages //Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé. – 2013. – 147 с.

[129] Важно отметить, что на сегодняшний день нет точных критериев, по которым лекарства относятся к той или иной категории. См. базу данных лекарственных препаратов, электронный ресурс правительства Франции. Режим доступа: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php, дата обращения 19.09.2014 г.

лечения, если расходы, подлежащие возмещению будут больше, чем ожидаемая польза от лечения. Трудно определить долю софинансирования, так как есть риск ограничить доступ к лечению для определенных категорий граждан и, тем самым, осложнить еще больше их состояние здоровья. Одновременно, непрерывное расширение списка тяжелых заболеваний, предполагающих освобождение от талона долевой оплаты ограничивает эффективность этого способа регулирования расходов. Кроме того, система дополнительного страхования по болезни частично покрывает разницу между реальной стоимостью услуг и покрытием системы обязательного страхования, что не приводит к сокращению потребления медицинских услуг. Напротив, это позволяет системе обязательного страхования по болезни переложить нагрузку по покрытию расходов на систему дополнительного страхования, что в конечном итоге, все равно оплачивается пациентом и не способствует оптимизации расходов. [130]

Таблица 2.9

Причина отказа от медицинской диагностики в странах ЕС по квинтилям дохода на 2011 г., в %

Причина отказа от медицинской диагностики		Нижний квинтиль 20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%	Всего
Дороговизна услуг	ЕС 27	4,8	2,8	2,0	1,3	0,6	2,3
	Франция	4,9	2,3	1,4	0,5	0,5	1,9
	Германия	3,3	0,8	0,3	0,3	0,1	0,9
	Италия	11,1	6,5	4,3	2,6	0,8	5,1
Длинные "листы ожидания"	ЕС 27	0,8	0,7	0,9	0,9	1,1	0,9
	Франция	1,4	1,1	0,8	1,1	1,3	1,2
	Германия	1,3	1,1	1,3	1,2	1,3	1,3
	Италия	0,3	0,3	0,3	0,6	0,4	0,4
Другие причины	ЕС 27	4,5	4,0	3,4	3,1	2,6	3,5
	Франция	3,4	2,9	2,2	2,1	1,7	2,4
	Германия	7,2	5,5	3,8	2,9	2,3	4,3
	Италия	1,8	2,0	1,9	1,4	1,6	1,7
Нет жалоб на здоровье	ЕС 27	89,9	92,5	93,7	94,7	95,7	93,3
	Франция	90,3	93,7	95,6	96,3	96,5	94,5
	Германия	88,2	92,6	94,6	95,6	96,3	93,5
	Италия	86,8	91,2	93,5	95,4	97,2	92,8

Источник: Национальные счета здравоохранения, 2012 г.

Согласно данным, представленным в таблице 2.9, во Франции доля населения, отказавшаяся от медицинских услуг из-за их дороговизны ниже

[130] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2011. – С. 112-147

(1,9%), чем в среднем в странах ЕС (2,3%). Однако если рассматривать нижний квинтиль дохода, то в этом случае во Франции процент отказавшихся от медицинских услуг по причине высоких цен (4,9%) выше, чем в среднем странах ЕС (4,8%). По критерию длинных очередей на получение медицинских услуг Франция (1,2%) также опережает средний показатель по странам ЕС (0,9%). Однако процент населения, не имеющих жалоб на здоровье во Франции в общем выше, чем средний показатель по Европейскому союзу.

Помимо «талона долевой оплаты» были введены меры другого характера, нацеленные на спрос и поощрение более рационального поведения потребителей. Эти меры включают: ведение медицинской документации (согласованная схема лечения) для регистрации обращений пациента к услугам здравоохранения и избегания необоснованных или противоречащих друг другу назначений; прикрепление больных к врачам общей практики, регулирующим доступ к специализированной медицинской помощи, а также регулирование потребления медицинских препаратов.

Другой важной задачей государства является урегулирование расходов в сфере потребления медицинских препаратов. Система возмещения лекарственных препаратов и фиксация цен недостаточно строга и прозрачна. Например, в 2009 г. французы потратили на медикаменты 36 млрд. евро, что составляет 1,84% от ВВП и на 18% превышает уровень потребления предыдущих пяти лет. В период с 1990 по 2009 гг., объем продаж лекарственных препаратов вырос в 2,5 раза, при этом численность населения увеличилась всего на 10,8%. Повысилась также средняя стоимость лекарства (на 125%). В период с 2000 по 2009 гг. увеличился объем возмещения лекарственных препаратов системой медицинского страхования: с 73,6% до 77,3%, что объясняется увеличением количества лиц, страдающих хроническими заболеваниями. В целом, возмещение лекарственных средств составляет 17% всех расходов системы медицинского страхования.[131]

[131] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2011. – С. 129-147

Итак, регулирование спроса на медицинские услуги является наиболее неоднозначной из всех реформ системы здравоохранения. Участие пациентов в оплате медицинских услуг, с учетом имеющейся недостаточной информации и неправильной оценки состояния здоровья, может привести к пренебрежению лечением, а вследствие этого – к неблагоприятным последствиям, которые будут сопровождаться более дорогостоящим лечением. Также для обеспечения полноценного страхования по болезни малоимущих граждан, необходимо привлечь дополнительно значительные денежные средства, которые, тем не менее, могут оказаться недостаточными для обеспечения справедливого доступа к медицинским услугам. Об этом свидетельствует отказ малоимущих граждан от услуг, предоставляемых в рамках страхового покрытия, из-за территориальной проблемы доступа к амбулаторной помощи и медицинским учреждениям, а также из-за несогласия самих врачей общей практики и врачей-специалистов принимать граждан, пользующихся бесплатным добровольным медицинским страхованием. Это связано со сложностью административных процедур оформления таких граждан и, в большей степени, с потерей части дохода при лечении такого пациента, так как перечень возмещаемых препаратов и лечебных процедур строго ограничен государственной страховой программой.[132]

Таким образом, реформы, направленные на сдерживание спроса на медицинские услуги не способствуют значительной экономии ресурсов и не оказывают влияния на повышение качества предоставляемых медицинских услуг.

Реформы по регулированию предложения

С середины 1990-х гг. усилия по сдерживанию затрат были сконцентрированы на стороне предложения, а предпринимаемые меры были направлены на реформирование больничной системы. В медицинских учреждениях регулирование предложения проводится с помощью системы финансирования на основе диагностических групп (T2A), внедренной в рамках плана «Больница-2007». Данная система финансирования устанавливает твердые ставки оплаты стационарной помощи: ресурсы, получаемые медицинским

[132] Cour des Comptes. Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2011. – С. 129-147

учреждением, определены характером и объемом предоставляемых медицинских услуг. С помощью этой системы медицинские учреждения находятся в ситуации «фиктивной» конкуренции: финансирование на основе определенного и заранее рассчитанного тарифа вынуждает медицинские учреждения контролировать расходы. Контроль расходов необходим для поддержания деятельности учреждения и позволяет ему планировать доходы и дополнительные инвестиции (например, на закупку оборудования и т.д.).

Основа системы T2A (финансирования по диагностическим группам) – контроль эффективности: полученные результаты оцениваются исходя из вложенных средств. Это влияет на поведение специалистов системы здравоохранения и приводит к определенным организационным изменениям, чему способствует сложность тарифной сетки, соблюдение которой требует большей прозрачности в управлении больничной деятельностью. Экономическая модель, которая лежит в основе системы T2A предполагает, что больница либо полностью откажется от предоставления неэффективных услуг, либо снизит свои затраты на такие услуги.[133] В то же время, желание руководителей сбалансировать бюджеты приводит к практике неверной классификации патологий (болезней), что влияет на расходы учреждения. Например, медицинское учреждение может изменить классификацию диагноза пациента для того, чтобы отнести лечение к однородной группе с более высокой ставкой вознаграждения, выявляя у пациента вместе с основным диагнозом второстепенные и пытаясь контролировать или, в крайнем случае, ограничить влияние продолжительности пребывание пациента в больнице на объем полученного финансирования в рамках лечения[134]. Помимо поведенческих аспектов, постоянное изменение тарифов финансирования осложняет процесс планирования ресурсов как на уровне медицинского учреждения, так и на более глобальном уровне. Для специалистов здравоохранения крайне сложно участвовать в длительной борьбе между задачей экономить ресурсы и обеспечивать всеобщих охват населения максимально

[133] Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire // Questions d'économie de la santé. — 2008. T. 132. C. 1-4

[134] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2011. – C. 199-229

возможным набором медицинских услуг, в то время как никаких изменений в организационной структуре медицинских учреждений и мотивации врачебного персонала не наблюдается. [135] Система финансирования T2A, широко используемая в США и Великобритании вот уже более 15 лет, никогда не применялась как единственно возможный способ финансирования. С другой стороны, тарифы, применяемые для каждой патологии, могут также быть увеличены в случае лечения тяжелых заболеваний или в случае использования дорогостоящего лечебного оборудования. Следовательно, есть риск возврата к типу финансирования, сочетавшему глобальный бюджет и финансирование на основе оказанных услуг. Таким образом, система T2A может поставить под сомнение общественные ценности, качество предоставляемых услуг, безопасность пациента, сроки лечения и доступность к услугам здравоохранения для населения страны в целом[136].

Национальные показатели расходов на здравоохранения (ONDAM), или общий бюджет здравоохранения, в больничном секторе делится на две части, в зависимости от типа финансирования учреждения: медицинские учреждения, финансируемые по системе диагностических групп (T2A) и другие медицинские учреждения.

Таблица 2.10

Общий бюджет здравоохранения (ONDAM) в больничном секторе

в млрд. евро

	ONDAM 2011			ONDAM 2012			Всего
	Плановый бюджет	Фактический бюджет	отклонение	Плановый бюджет	Фактический бюджет	отклонение	отклонение
учреждения, финансируемые по T2A	52,4	52,7	*-0,2*	53,9	53,9	*-0,017*	*253*
другие учреждения	18,5	18,1	*0,4*	18,9	18,7	*0,2*	*-523*
ВСЕГО	70,9	70,8	*0,1*	72,8	72,6	*0,2*	*-270*

Источник: Cour des Comptes. La sécurité sociale. Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale. --, 2013.

[135] Georgescu I., Commeiras N. Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins // Journal de gestion et d'économie médicales. — 2012. T. 29. № 6. C. 294-304

[136] Angele-Halgand N., Garrot T. Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital: une approche par les biens communs // — 2013. C. 1-15

Согласно данным таблицы 2.10, больничному сектору удалось соблюсти выделенный им бюджет в 2011 и 2012 г., впервые после 1997 г. [137] При этом, соблюдение целевого показателя удалось не за счет оптимизации деятельности медицинских учреждений, финансируемых по системе T2A, а за счет деятельности других учреждений здравоохранения. Дотации, выделенные на выполнение общественно-полезных задач, использовались больницами для покрытия дефицита видов деятельности, финансируемых по системе T2A, была остановлена выплата текущих кредитов, больницы были вынуждены использовать дополнительное финансирование от пациентов или от дополнительных организаций для получения бóльших финансовых ресурсов, что способствовало соблюдению бюджета. Таким образом, соблюдение планового бюджета удалось достичь благодаря мерам, носящим непостоянный характер, которые невозможно применить в последующем для регулирования больничной деятельности.

Столкнувшись с недостаточной эффективностью системы T2A, правительство должно установить четкие цели для экономии финансовых ресурсов и предоставить Региональным агентствам здравоохранения дополнительные инструменты как экстренного, так и долгосрочного регулирования. Только повышение ответственности локальных участников сектора здравоохранения поможет провести реструктуризацию учреждений для повышения качества оказания услуг и экономии финансовых ресурсов системы медицинского страхования.

Согласно закону от 21 июля 2009 г. о реформе больниц, пациентах, здравоохранении и территориальной подведомственности (HPST), одним из основных направлений для улучшения деятельности больничных учреждений, реорганизации предложения больничных услуг и оптимизации расходов является усиление взаимодействия медицинских учреждений. Достаточно часто больничные учреждения заключают между собой соглашения о взаимодействии

[137] Georgescu I., Commeiras N. Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins //Journal de gestion et d'économie médicales. – 2012. – T. 29. – №. 6. – C. 294-304.

для совместного использования дорогостоящего медицинского оборудования (оборудования для медицинской визуализации), совместного финансирования какой-либо деятельности (медицинских или фармацевтических исследований); интеграции различных этапов длительного лечения или лечения сложных заболеваний и т.д. Эти соглашения о взаимодействии являются частью национального проекта по оптимизации территориального распределения медицинских учреждений и контролю за расходами. Несмотря на то, что взаимодействие может быть навязано в обязательном порядке медицинским учреждениям по закону, часто оно является инициативой самих специалистов здравоохранения. [138] Региональные агентства здравоохранения несут особую ответственность и располагают особыми инструментами для развития взаимодействия между медицинскими учреждениями: региональным планом организации здравоохранения (Sros), заключением многолетних контрактов, определяющих цели и средства (CPOM), определением общественных миссий (MIGAC), выдачей лицензий на эксплуатацию оборудования для стимулирования взаимодействия или наложение санкций в случае бездействия учреждений. Однако наличие соглашений не гарантирует эффективности взаимодействия. Выполнение условий соглашений и результаты не отслеживаются и не оцениваются должным образом руководящими организациями. Согласно реформе, взаимодействие между медицинскими учреждениями должно стать стратегическим инструментом для рационализации предложения медицинских услуг. Для стимулирования такого взаимодействия предусмотрено создание специальных территориальных больничных объединений (CHT). Государственные медицинские учреждения одного и того же региона должны взаимодействовать под руководством головной больницы, отвечающей за общую стратегию и имеющей значительную техническую базу, а взаимодействие между государственными и частными учреждениями облегчается путем создания объединений для медицинского сотрудничества (GCS). [139] Однако существуют

[138] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2013. – С. 352-365
[139] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. — 2011. – С. 281-287

определенные трудности, мешающие развитию взаимодействия между учреждениями больничного сектора:

- нехватка квалифицированных кадров в учреждениях для развития совместных проектов: любой из партнеров в любой момент может покинуть проект без каких-либо последствий, а выполнение условий соглашения часто происходит из-за хороших личных взаимоотношений участников;
- нет четкого бюджета для финансирования совместных проектов;
- проблема разделения доходов: каждое учреждение предпочитает получить весь объем выручки, связанный с выполненной деятельностью, нежели финансовую компенсацию, перечисленную партнерами в рамках проекта;
- нет инструментов для оценки выгод от взаимодействия.

Тем не менее, взаимодействие между медицинскими учреждениями способствует улучшению предложения услуг для пациентов, поддерживанию квалификации экспертов, обмену опытом, гармонизации методов и способов лечения между различными структурами.

Таким образом, среди основных проблем современной системы здравоохранения Франции выделяют:

1) проблему долгосрочного финансирования: расходы системы медицинского страхования возрастают быстрее, чем объемы доходов. Правительство не может продолжать наращивать дефицит и увеличивать уровень обязательных отчислений, оно также не может повысить объемы финансирования сектора здравоохранения за счет других составляющих общественного сектора;

2) проблему предоставления равного количества услуг и персональной ответственности врачей в сочетании с принципами солидарности системы;

3) проблему воздействия государственной политики общественного здоровья и социального неравенства в здравоохранении.

Проведенный анализ показал, что проблема определения оптимального сочетания государственного регулирования, организационных факторов и рыночных механизмов в функционировании здравоохранения актуальна для любой системы общественного здравоохранения, как бюджетной, так и

страховой. Особенно актуальна она и для России. Мы согласны с позицией известных специалистов по экономике здравоохранения, считающих, что на сегодняшний день рыночные механизмы в больничном секторе здравоохранения РФ, несмотря на реформу ОМС, так и не сложились, а вмешательство государства в систему здравоохранения неэффективно. Исходя из этого, особенно важным на сегодняшний день является изучение экономических подходов и эмпирических оценок развитых стран к вопросу рыночных отношений в секторе здравоохранения, с возможной проекцией, но осторожной интерпретацией результатов подобных изменений для российской специфики.[140]

[140] Шейман И., Чиркунов О., Бремзен А., Денисова И., Карцева М., Капицына Н., Пономаренко А., Степанов И. Платные медицинские услуги или фиксированные соплатежи? // Вопросы экономики. — 2011. № 10. С. 131-141

Глава 3. Реформа здравоохранения в России: теоретические и практические решения по использованию конструктивного опыта Франции

3.1 Эволюция реформ здравоохранения в России и оценка их эффективности

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации,[141] каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Государство является гарантом социальной защиты интересов граждан Российской Федерации в охране здоровья, оно же несет основные расходы на бесплатное оказание медицинской помощи населению. В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации, одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

Современное состояние здравоохранения в Российской Федерации

На сегодняшний день демографическая ситуация в Российской Федерации все еще остается неблагоприятной. Сокращение численности населения, начавшееся в 1992 г., продолжается. В период с 1987 по 1999 гг. коэффициент рождаемости уменьшился более чем в 2 раза (с 17,2 до 8,3), однако в 2007-2009 гг. можно отметить его рост (с 11,3 до 12,4), который превысил аналогичный показатель в странах ЕС. Динамика изменения возрастной структуры населения характеризуется уменьшением числа лиц молодого возраста и ростом возрастной группы 60 лет и старше. Причиной этого является низкий коэффициент рождаемости за последние 15 лет и его более высокие показатели в 1970-1980-х гг. На сегодняшний день доля детей до 15 лет снизилась на 16% и составляет

[141] Режим доступа: http://constitution.kremlin.ru/ , дата обращения 14.01.2015

15,45% от общей численности населения, в то время как доля лиц 60 лет и старше возросла до 18,6% (таблица 3.1).

Таблица 3.1

Основные показатели здоровья населения в 2013 г.

Показатель	Россия	средний показатель по Европе	средний показатель по миру
Население (тыс. чел.), из них:	142 834	-	-
0–14 лет(%)	15,8		
60 лет и старше (%)	19		
Городское население (в %)	74	71	53
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (общий показатель), из них	69	76	70
женщины	*75*		
мужчины	*63*		
Ожидаемая продолжительность жизни в 60 лет	10	22	15
QALY (общий показатель)	61	67	62
Детская смертность (до 5 лет, на 1000 родившихся живыми)	10	12	48
Смертность (15-60 лет на 1000 человек), из них			
женщины	*127*	*80*	*124*
мужчины	*339*	*179*	*187*
Материнская смертность (на 100 000 родившихся живыми)	24	17	210
Распространенность туберкулеза (на 100 000 чел)	89	56	169

Источник: составлено автором на основе базы данных ВОЗ, http://www.who.int/gho/countries/rus.pdf?ua=1, дата обращения 16.01.2015

Согласно данным таблицы 3.1, показатель материнской смертности в России также превышает средние показатели европейских стран. Основными причинами повышения смертности трудоспособного населения являются болезни кровообращения, при этом 46% - доля смертности от инсультов (одни из наиболее высоких в мире), смертность от онкологических заболеваний (на 30% превышает показатель стран Европы), злоупотребление алкоголем – в период с 1990 по 2006 гг. потребление алкоголя на душу населения выросло не менее чем в 2,5 раза,[142] табакокурение – с 1985 г. этот показатель увеличился на 87% в основном за счет увеличения курильщиков среди женщин и подростков. С 2006 г. впервые за последние 7 лет начала увеличиваться ожидаемая продолжительность жизни населения. В 2007 г. ожидаемая продолжительность жизни увеличилась до 67,65

[142] По данным Всемирной организации здравоохранения, ежедневно в России употребляют алкогольные напитки (включая слабоалкогольные) 33% юношей и 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин

года, а в 2013 г. составила уже 69 лет. Тем неменее, продолжительность жизни в России остается низкой – на 7 лет меньше, чем в европейских странах. При этом разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин остается очень высокой и составляет 12 лет. Ключевую роль в низкой ожидаемой продолжительности жизни в России играет высокая смертность людей трудоспособного возраста, главным образом мужчин, которая по сравнению с 1990 г. выросла на 40% и на сегодняшний день практически в два раза выше среднего показателя стран Европы.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни в существенной степени зависит от объема государственных расходов на здравоохранение, а также от эффективности политики денежных доходов населения, развитости систем санитарно-эпидемиологического благополучия, уровня профилактической активности населения. Снижение государственной поддержки здравоохранения приводит к ухудшению качества жизни и уменьшение средней продолжительности жизни населения. Так, в 1991–1994 гг. в результате существенного снижения уровня жизни населения продолжительность жизни сократилась на 5 лет. В первые годы после финансового кризиса 1998 г., приведшего к сокращению доли расходов на здравоохранение в ВВП на 30% (с 3,7% в 1997 г. до 2,6% в 1999 г.), средняя продолжительность жизни снизилась на 1,84 года. Рост показателя продолжительности жизни в 2005 - 2007 гг. в значительной степени связан с увеличением расходов на медицинскую помощь с 2,6% ВВП в 2005 г. до 2,9% ВВП в 2007 г., а расходов на здравоохранение в целом – с 3,2% ВВП в 2005 г. до 3,5% ВВП в 2007 г.

Внедрение рыночных механизмов в российскую систему здравоохранения

Россия унаследовала от СССР разветвленную инфраструктуру системы общественного здравоохранения, разработанную Н. А. Семашко. Такая система функционировала в соответствии с разработанными на федеральном уровне детальными планами, основанными на количественных показателях. Трудовые ресурсы, основное оборудование и материалы, текущие затраты и услуги распределялись по медицинским учреждениям и использовались ими на основе

планов, которые разрабатывались на базе простых количественных показателей, таких как количество врачебных должностей в поликлиниках и больничных коек в больницах. Эти показатели были связаны с ресурсами с помощью коэффициентов и нормативов использования ресурсов, например показатели загруженности койки и число посещений в день. Таким образом, медицинские учреждения, чтобы получить больше средств, стремились расширяться.

Ключевым принципом советской системы стало обеспечение общедоступности бесплатного медицинского обслуживания по месту жительства/пребывания, а медицинская помощь рассматривалась в качестве общественного блага, производимого государством. Финансовое обеспечение отечественного здравоохранения осуществлялось на основе централизованной государственной модели по сметному принципу с использованием централизованного планирования и жесткой вертикали управления. Все работники здравоохранения являлись государственными служащими, а ведение частной практики было запрещено. Вместе с тем, хотя граждане официально и имели право на бесплатное получение медицинской помощи, однако в действительности в медицинских учреждениях многие услуги и лекарственные средства не предоставлялись, хронически не хватало квалифицированного персонала, оборудования, медикаментов. Наблюдались значительные различия в качестве медицинских услуг, оказываемых региональными, федеральными и ведомственными медицинскими учреждениями. Повсеместно существовала практика неформальных платежей за госпитализацию и стационарное лечение. Однако, несмотря на недостатки системы, советский метод финансирования здравоохранения был относительно справедливым, финансирование отрасли практически полностью было государственным, в результате чего в СССР была достигнута цель обеспечения универсальной защиты населения от обнищания вследствие болезни.

После распада СССР здравоохранение в России переживала глубокий кризис в связи с повсеместным недостатком средств. Появилась потребность в реформировании механизмов финансирования системы здравоохранения РФ с

целью создания постоянного потока денежных средств, выделяемых исключительно для здравоохранения через целевые фонды. Реформы здравоохранения того времени были направлены на децентрализацию и на поиски новых источников финансирования. Таким образом, с 1991–1993 годов в стране были внедрены механизмы обязательного медицинского страхования (ОМС), целью которых стало целевое финансирование сектора здравоохранения в условиях острой нехватки средств, и которые включили принципы рыночной экономики и экономические рычаги управления с помощью новых посредников между поставщиками и потребителями медицинских услуг - частных страховых компаний. Главными обязательными источниками финансирования системы здравоохранения выступают средства бюджета и страховые взносы работодателей на ОМС. Что касается системы ОМС, фонды ОМС собирают страховые взносы и перераспределяют их страховым медицинским организациям (СМО) с учетом взвешенной подушевой формулы распределения финансовых средств. Система ОМС, организованная по территориальному принципу, предполагает контрактные отношения с медицинскими учреждениями и оплату оказываемой помощи по конечным результатам. Создаются Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и территориальные фонды ОМС для объединения в пул средств, полученных от взносов работодателей и государства.[143]

С 1998 г. границы конституционного права на бесплатную медицинскую помощь определяются Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (далее - ПГГ).[144] Она же является основным механизмом планирования и распределения государственных

---

[143] Орлов-Карба, П.А. Обязательное социальное страхование в Российской Федерации: учеб. пособие - М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2007. С. 189-221

[144] В соответствии со ст. 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановлением Правительства РФ № 1096 от 11.09.1998 г. «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ежегодно утверждается Правительством РФ на трехлетний период. Она формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения по данным медицинской статистики по стране в целом. ПГГ финансируется за счет нескольких источников: федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов (в случае передачи им соответствующих полномочий органами государственной власти субъектов РФ), средств обязательного медицинского страхования.

финансовых средств на оказание медицинской помощи, в соответствии с необходимыми ее объемами. Приоритетной задачей реализации ПГГ является обеспечение доступности и качества медицинской помощи, удовлетворяющей потребностям населения, при эффективном использовании государственных ресурсов. Ежегодно, либо раз в два года ПГГ утверждается Правительством РФ и состоит из двух основных частей: базовой программы ОМС и услуг, финансируемых за счет ассигнований соответствующих бюджетов. Базовая программа ОМС включает предоставление населению базовой медицинской помощи, а оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, лекарственное обеспечение льготных контингентов населения при амбулаторном лечении и скорая медицинская помощь осуществляются из средств бюджетов. Вместе с тем, такое четкое разграничение функций не всегда соблюдается в действительности. В 2006 году была определена структура ПГГ, которая детализирует виды медицинской помощи, нормативы ее объемов и финансовых затрат на единицу объема, подушевые нормативы финансирования и порядок формирования тарифов на медицинскую помощь.[145] Таким образом, ПГГ является единственным на сегодня механизмом государственного регулирования здравоохранения, обеспечивающим соблюдение равных конституционных прав граждан на медицинскую помощь за счет государственных источников финансирования.[146]

Запуск страховых механизмов был осуществлен, на наш взгляд, при снижении централизованных контролирующих функций государства и отсутствии единых смысловых и финансовых нормативов. В каждом регионе страны ОМС внедрялось с выраженной спецификой, на основе разных финансовых и экономических возможностей, что привело к серьезным межрегиональным различиям в развитии здравоохранения и в соблюдении

---

[145] Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. (ред. от 01.12.2014) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Федеральный закон №258-ФЗ от 29.12.06 г. о разграничении полномочий, http://www.rg.ru/2006/12/31/izmeneniya-dok.html - дата обращения 18.01.2015

[146] Розанов В., Рагозин А., Кравченко Н. Одиннадцатилетний опыт реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (успехи и проблемы) // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. — 2013. № 3. С. 23-35.

государственных гарантий по оказанию медицинской помощи населению. К 2008 году различия в подушевом финансовом нормативе базовой программы ОМС между регионами достигали 25-кратного размера. Наряду с этим, сохранялась многоканальность финансирования здравоохранения, что усугубляло межрегиональные различия в финансовом обеспечении отрасли. С учетом недофинансирования здравоохранения в целом, большинство государственных гарантий, продекларированных в соответствующей Программе, на деле не покрывались финансированием. В практику вошли теневые соплатежи населения за все основные виды медицинской помощи. Лишь с 2013 года базовая программа ОМС начала функционировать на основе единого подушевого финансового норматива, что позволило вернуться к принципам солидарности и социального равенства получения медицинской помощи. С 2013 года внедрена разработанная единая тарифная система ОМС, единые способы оплаты медицинской помощи. Начался поэтапный переход на преимущественно одноканальное финансирование с «погружением» в ОМС основных видов медицинской помощи.[147]

Организация и финансирование системы здравоохранения РФ: актуальные проблемы

Современная система здравоохранения РФ сочетает в себе элементы бюджетной и социально-страховой модели. Широта государственных гарантий в сфере здравоохранения, установленная Конституцией и законодательством РФ, обусловливают необходимость выполнения государством функций:

- разработчика и координатора государственной политики здравоохранения, а также единой нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения, единых требований к доступности и качеству медицинской помощи, к уровню подготовки и квалификации медицинских работников;

[147] Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. Режим доступа: http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period, дата обращения: 10.10.2015

- координатора территориального планирования инфраструктуры здравоохранения;
- заказчика необходимых объемов медицинской помощи по видам и формам ее оказания;
- собственника (учредителя) наиболее значимых для отечественного здравоохранения медицинских организаций и иных организаций, лицензированных к медицинской деятельности;
- единого централизованного органа контроля и надзора за доступностью и качеством медицинской помощи.

По управлению система здравоохранения разделена на 3 уровня - федеральный, региональный и муниципальный. По форме собственности поставщиков медицинских услуг, участвующих в реализации ПГГ, выделены 3 ее вида: государственная (федеральная и региональная), муниципальная и частная. Государство является учредителем и собственником 68% медицинской инфраструктуры (что очень схоже с французским опытом), при этом отраслевая (ведомственная) медицинская служба осталась или в федеральной собственности (например, медицинская служба Министерства обороны), или стала частной в результате изменения формы собственности ведомств, которым она ранее принадлежала (например, медицинская служба ОАО «РЖД»). [148] По системе организации медицинской помощи населению реализуется двухуровневый принцип построения системы, представленный самодостаточными и мало интегрированными между собой структурами: амбулаторно-поликлинической, скорой и стационарной.[149]

Основные расходы на бесплатное оказание медицинской помощи населению несет государство. В период с 2004 по 2013 гг. финансовое обеспечение здравоохранения за счет средств государственных бюджетов и фонда ОМС возросло в 3,7 раза.

---

[148] Улумбекова Г. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» // М.: Гэотар-Медиа. — 2010. Т. 94. № 1. С. 28-29.

[149] Российское здравоохранение: как выйти из кризиса/ под. ред. А.Г. Вишневского, Я.И. Кузьминова и др. - М.: Изд. ГУ ВШЭ, 2006. – С. 11-15

Таблица 3.2

Динамика расходов системы здравоохранения России, 2008-2012 гг.

Показатели	2008	2009	2010	2011	2012	средний показатель по Европе в 2012 г.
Общие расходы на здравоохранение на душу населения (ППС, долл.)	1235	1449	1410	1515	1529	2402
Государственные расходы на здравоохранение на душу населения (ППС, долл.)	684	796	751	813	782	1750
Общие расходы на здравоохранение в % от ВВП	6,2	7,5	6,9	6,7	6,5	8,9
Государственные расходы на здравоохранение в % от общих государственных расходов	10,1	10,0	9,7	10,1	8,9	14,5
Расходы ОМС в % от общих государственных расходов на здравоохранение	42,9	44,8	44,6	47,1	38,9	51,8
Личные средства граждан в % от частных расходов на здравоохранение	89,8	90,9	91,4	91,8	92	71,4
Частные расходы на здравоохранение в % от общих расходов на здравоохранение	44,6	45,1	46,7	46,4	48,9	26,8
Государственные расходы в % от общих расходов на здравоохранение	55,4	54,9	53,3	53,6	51,1	73,2

Источник: База данных Всемирной организации здравоохранения, составлено автором

Общие расходы на российскую систему здравоохранения за период 1990-2000-е гг. не превышали 3-4% ВВП, что значительно ниже тех же показателей в странах Европы. В 2012 г. этот показатель составил 6,5% от ВВП, в то время как этот показатель в Европе в среднем составляет 8,9% ВВП, а в странах Западной Европы достигает 10-12% ВВП. По данным таблицы 3.2 видно, что в России на 1 человека из государственных источников было потрачено 782 $ППС,[150] что в более чем в 2 раза меньше, чем в среднем в странах Европы. Частные расходы на систему здравоохранения составляли в 2012 г. 48,9% от общих расходов, что на 4,3% выше по сравнению с 2008 г. и на 22,1% выше аналогичного показателя стран Европы. Отметим, что 92% всех частных расходов составляют личные платежи граждан, тогда как в европейских странах этот показатель составляет в среднем 70%, во Франции, Германии и Великобритании не превышает 23-30%.

[150] Паритет покупательной способности (ППС) российских рублей за 1 доллар США в 2008 г. – 14,34, в 2009 – 14,03, в 2010 г. – 15,83, в 2011 г. – 17,35, в 2012 г. – 18,49. Источник: Федеральная служба государственной статистики

На реализацию Программы государственных гарантий при этом приходится более 85% всех государственных расходов здравоохранения, а финансовое наполнение ПГГ на 2014 год составило 2,4% ВВП.

Несмотря на увеличения финансирования системы здравоохранения, на сегодняшний день нерешенными остаются проблемы, препятствующие повышению эффективности системы и улучшению здоровья населения страны в следующих областях:

1. функционирование программы государственных гарантий;
2. система организации медицинской помощи населению;
3. инновационное обеспечение здравоохранения;
4. кадровое обеспечение здравоохранения;
5. лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях;
6. информатизация здравоохранения.

1. Эксперты здравоохранения признают, что на сегодняшний день необходимо изменить подход как к формированию территориальных программ госгарантий в субъектах РФ, так и методике их оценки. Проблема формирования и оценки реализации ПГГ состоит в том, что устанавливаемые этим документом нормативы объемов медицинской помощи являются расчетными среднестатистическими показателями по Российской Федерации, которые не изменялись в течение многих лет. То есть, они не дифференцировались по регионам в зависимости от территориальной доступности бюджетных услуг и демографических особенностей. Сегодня эти нормативы не отражают и изменения в технологиях оказания амбулаторной и стационарной медицинской помощи на основе внедрения современных достижений медицинской науки в области диагностики и лечения заболеваний.

Другой проблемой является недостаток финансирования программы государственных гарантий, связанный в первую очередь с недостаточным финансовым обеспечением прав граждан РФ на бесплатную медицинскую помощь, а также сильной дифференциацией среди субъектов РФ в части реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатной

медицинской помощи. Несмотря на то, что подушевое финансовое обеспечение медицинской помощью из государственных источников за 11 лет (1998-2007) выросло более, чем в 6 раз, большая часть этих средств «съедалась» инфляцией и удорожанием стоимости медицинских услуг. Подушевой норматив финансирования ПГГ значительно увеличился (почти в 2 раза) – с 4503 руб. в 2008 году до 7633,4 руб. в 2009 году, однако затем, в 2010 и 2011 гг. он был законсервирован, а финансовый прирост от увеличения страховых взносов работодателей в основном направлялся не на ППГ, а на модернизацию и капитальный ремонт учреждений здравоохранения, средства на которые должны были бы поступить за счет капиталовложений бюджетов всех уровней. [151]

2. Существенные проблемы проявляются в области организации медицинской помощи населению. Службы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, остаются функционально перегруженными и малоэффективными; вследствие этого стационарная помощь выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья населения. Не во всех регионах страны достроена трехуровневая система здравоохранения, а существующая в настоящее время организация стационарной помощи неэффективна, что проявляется неадекватным расширением коечного фонда, высокими показателями нецелесообразной и непрофильной госпитализации, неадекватным увеличением сроков пребывания больного в стационаре, частой госпитализацией больных в неподготовленные для оказания профильной медицинской помощи лечебные учреждения, высокой частотой переводов больных из одного лечебного учреждения (неподготовленного или непрофильного) в другое.[152]

3. Инновационное обеспечение здравоохранения неэффективно из-за размытости приоритетов, низкого инновационного потенциала, плохой связи с государственными заказчиками, а также слабой системой внедрения научных результатов в практическое здравоохранение.

---

[151] Розанов В., Рагозин А., Кравченко Н. Одиннадцатилетний опыт реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (успехи и проблемы) // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. — 2013. № 3. С. 23-35.

[152] Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. — М.: Независимый институт социальной политики, 2008. – С. 55-66

4. Кадровое обеспечение здравоохранения в свою очередь характеризуется низкой эффективностью отечественной системы медицинской помощи, недостаточной квалификацией врачей и их слабой мотивацией к профессиональному совершенствованию. Помимо этого требуется устранение дисбаланса в распределении медицинских работников по уровням и условиям оказания медицинской помощи. Необходимо развитие целевой системы подготовки в высших учебных заведениях и ординатуре, создание всероссийской базы вакансий в медицинских организациях.

5. Необходимо совершенствование системы лекарственного обеспечения населения и обеспечения медицинскими изделиями, а также всего цикла обращения медицинской продукции. На сегодняшний день подушевой норматив дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) не основан на анализе потребностей, а сформирован исходя из установленной ежемесячной денежной выплаты. Модель ДЛО с использованием процедур закупок для государственных нужд не гарантирует бесперебойное обслуживание льготных рецептов надлежащего ассортимента, а основным сдерживающим механизмом является ограничительный перечень, однако его формирование не основано на анализе клинической и экономической эффективности. Кроме того отсутствуют участники, экономически мотивированные в эффективном расходовании бюджетных средств.

6. Современная система здравоохранения невозможна без развития информатизации - повсеместного внедрения медицинской электронной информационной системы, личного кабинета пациента, рабочего места врача и медицинской сестры, электронных систем помощи в принятии решений, доступа к электронным информационным и обучающим ресурсам, а также телемедицинских технологий. Существующие информационные системы представляют собой комплекс разрозненных автоматизированных рабочих мест, а не единую информационную среду. Таким образом, существующий уровень информатизации системы здравоохранения не позволяет оперативно решать вопросы планирования и управления отраслью для достижения существующих

целевых показателей.[153]

Для решения вышеперечисленных проблем необходимо продолжить процесс реформирования системы здравоохранения страны. Рассмотрим подробнее основные направления проводимых на сегодняшний день реформ.

Концепция здравоохранения 2020[154] и Стратегия развития здравоохранения РФ на долгосрочный период: анализ проблем и перспективы развития

В настоящее время в России проводится самая крупномасштабная в истории всесторонняя реформа системы здравоохранения, направленная на повышение качества и эффективности медицинского обслуживания.[155]

Эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами:

- совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи всем гражданам РФ (в рамках Программы государственных гарантий);
- развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;
- наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением РФ.

Указанные факторы являются взаимозависимыми и взаимоопределяющими, в связи с чем модернизация здравоохранения требует гармоничного развития каждого из них и всей системы в целом.

В целях достижения эффективности национальной системы здравоохранения Министерство здравоохранения в 2008 году разработало

---

[153] См. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. // Министерство здравоохранения Российской Федерации. — 2014.

[154] Концепции развития здравоохранения до 2020 г., Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. Режим доступа: http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period, дата обращения: 10.10.2015

[155] См. Popovich L. Russian Federation: health system review. : World Health Organization, — 2011. С. 18.

Концепцию развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. (далее - Концепция), [156] предполагающую существенные увеличение расходов на здравоохранение в России. В задачи Концепции входит изменение структуры российской системы здравоохранения и механизмов управления ее эффективностью, в том числе:

- переход на единый канал финансирования через ФФОМС;
- уточнение стандартов медицинской помощи и связанные с ним меры по повышению экономической эффективности;
- расширение финансирования ограниченного количества лечебных учреждений и свобода выбора медицинских учреждений для пациентов;
- усиление региональной автономии в принятии решений по вопросам здравоохранения и усложнения доступа к рынку для новых игроков.

Реализация Концепции будет происходить поэтапно. На первом этапе (2009–2015 годы) осуществляется конкретизация ПГГ, производится переход на преимущественно одноканальную модель финансирования медицинской помощи через систему ОМС, осуществлена разработка стандартов и порядков оказания медицинской помощи, начато внедрение информационной системы персонифицированного учета оказанной гражданам помощи. В рамках первого этапа реализации Концепции также будут осуществлены подготовительные мероприятия для последующего перехода на новую систему организации медицинской помощи, включая создание системы контроля качества медицинской помощи с ее последующей интеграцией в систему управления качеством, проведена модернизация материально-технической базы учреждений здравоохранения, сформирована и начнет реализовываться система непрерывной подготовки кадров, основанная на единой кадровой политике, а также будут определены приоритеты для инновационного развития здравоохранения,

Важнейший этап реализации Концепции - это переход на одноканальную

---

[156] http://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info - сайт Министерства здравоохранения и социального развития, дата обращения 31.10.2014, http://static-3.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/019/924/original/Госпрограмма.pdf?1398331787
Постановление правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», дата обращения 31.10.2014

систему финансирования, что является одним из основополагающих элементов создания единой национальной финансирующей организации и повышения экономической эффективности системы здравоохранения. В рамках этой реформы наибольший рост расходов на здравоохранение придется на долю ФФОМС с целью формирования на его базе национальной финансирующей организации. Таким образом, ФФОМС становится крупнейшим общественным источником финансирования здравоохранения в России. Этот процесс уже начался, когда в 2011 г. страховые взносы работодателей в пользу ФФОМС выросли на 60% — с 3,1 до 5,1% от фонда оплаты труда. Более того, эти взносы полностью направлялись в ФФОМС, а не разделялись между ФФОМС и территориальными фондами ОМС (ТФОМС), как раньше.

По мере роста бюджета и расширения возможностей ФФОМС на него будет возлагаться более высокая ответственность. Так, в январе 2011 г. ему передана ответственность за финансирование неотложной медицинской помощи. На сегодняшний день ФФОМС отвечает за такие важные направления, как лечение новообразований, болезней эндокринной, нервной и пищеварительной систем, а также сердечно-сосудистой системы. С 2015 г. финансовое обеспечение ФФОМС будет распространяться на высокотехнологичную медицинскую помощь.

Общенациональные стандарты медицинской помощи установлены в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ранее стандарты устанавливались независимо в каждом отдельном субъекте и сильно различались между регионами. Согласно Концепции, единые стандарты медицинской помощи будут в значительной степени способствовать реализации мер по повышению экономической эффективности (бюджетирование здравоохранения и введение платежной системы на основе диагностических связанных групп). В случае успешного внедрения стандарты станут основой для анализа качества и результативности лечения.

Кроме того, на первом этапе будет продолжена реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» по следующим направлениям:

- формирование здорового образа жизни;
- развитие первичной медико-санитарной помощи и медицинской профилактики;
- совершенствование специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, включая сердечно-сосудистые, онкологические, комбинированные травмы при дорожно-транспортных происшествиях;
- развитие службы крови;
- совершенствование медицинской помощи матерям и детям.

На втором этапе реализации Концепции (2016– 2020 годы) предполагаются поэтапный переход к саморегулируемой системе организации медицинской помощи на основе создания инфраструктуры, кадрового ресурса здравоохранения и информатизации отрасли, дальнейшее внедрение новых технологий, разработанных с учетом приоритетов инновационного развития здравоохранения, включение высокотехнологичной и скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования, интеграция бюджетных инвестиций в тарифы на медицинскую помощь, создание системы лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках обязательного медицинского страхования.

Анализ возможного влияния основных направлений реформы, сформированных в Концепции, на систему здравоохранения представлен в таблице 3.3.

Таблица 3.3

Анализ механизмов Концепции развития до 2020 г. и их влияние на систему здравоохранения

Меры	До реформы	После реформы
Введение единых стандартов медицинского обслуживания на всей территории РФ	В различных регионах страны применяются сотни практически невзаимосвязанных стандартов	Вводятся централизованные стандарты медицинского обслуживания с подробными рекомендациями: - виды страхового покрытия и методы лечения; - тарифная структура процедур и КПЭ
Расширение спектра медицинских услуг,	Нет формального определения границ	Медицинским учреждениям необходимо работать с более широким спектром

покрываемых страховкой	страхового покрытия; Решения во многом определяют руководители региональных департаментов здравоохранения	заболеваний: Необходимо принимать меры, направленные на повышение экономической эффективности (например, финансирование по диагностическим группам)
Более конкретная (менее гибкая) схема применения лекарственных средств	Схема применения не установлена или необязательна к соблюдению; Отсутствует связь с ЖНВЛС[157]	Установлены схема применения лекарственных средств и соответствующие механизмы контроля; Препараты, указанные в стандартах, включены в список ЖНВЛС
Зависимость бюджета медицинских учреждений и заработной платы работников здравоохранения от интенсивности потока пациентов	Наблюдается лишь несущественная зависимость	Бюджеты медицинских учреждений и существенная часть заработной платы врачей зависят от объема процедур
Свобода выбора медицинского учреждения	Возможность отсутствует	Пациенты могут свободно выбирать медицинское учреждение (ожидается, что повысится конкуренция между медицинскими учреждениями за поток пациентов)

Источник: Министерство здравоохранения РФ, анализ McKinsey

В целом реализация всех направлений Концепции обеспечит к 2020 году формирование здорового образа жизни населения российской Федерации, а также создаст систему здравоохранения, позволяющую оказывать доступную и качественную медицинскую помощь на основе единых требований и подходов с учетом передовых достижений научно-технического прогресса, которая будет являться залогом устойчивого социально- экономического развития российской Федерации в долгосрочной перспективе.

Вместе с тем, в декабре 2014 года Правительство РФ одобрило Стратегию развития здравоохранения на долгосрочный период 2015-2030, основными принципами которой являются: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет охраны здоровья матери и ребенка; доступность и качество медицинской помощи; приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; инновационное развитие медицины. В Стратегии определены основные направления развития Национальной системы здравоохранения РФ:

1) Совершенствование Программы государственных гарантий;

[157] Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

2) Развитие обязательного медицинского страхования;

3) Развитие дополнительного медицинского страхования (сверх обязательного медицинского страхования) при оказании застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг, не входящих в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

4) Развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении;

5) Развитие медицинских профессиональных некоммерческих организаций, сформированных по территориальному и профильному профессиональному принципам;

6) Введение обязательной аккредитации медицинских работников;

7) Выстраивание вертикальной системы контроля и надзора в сфере здравоохранения;

8) Развитие информатизации здравоохранения;

9) Совершенствование обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями;

10) Ускоренное инновационное развитие здравоохранения на основе результатов биомедицинских и фармакологических исследований.

Для достижения максимально возможного уровня развития отечественного здравоохранения с координированным использованием всех ресурсов страны необходимо формирование Национальной системы здравоохранения – системы, объединяющей все медицинские организации, независимо от формы их собственности и ведомственной принадлежности, и работающей в рамках единого нормативного и правового поля (единых требований к качеству и доступности медицинской помощи, квалификации медицинских работников и др.), а также единого государственного, экспертного и общественного контроля. Одной из задач Национальной системы здравоохранения является совершенствование ПГГ:

- четкое определение видов, форм и условий медицинской помощи, входящих в ПГГ;
- конкретизация условий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и медицинского обеспечения отдельных категорий граждан;

- завершение формирования в субъектах Российской Федерации трехуровневой системы оказания медицинской помощи в целях обеспечения качества и своевременности (доступности) ее оказания.

Главным каналом финансового обеспечения Программы государственных гарантий, согласно Стратегии, становится базовая программа ОМС, которая функционирует, в соответствии с принципами солидарности и социального равенства, по единым требованиям и критериям:

- единому подушевому нормативу финансирования;
- единым способам оплаты оказания медицинской помощи, ориентированным на результат деятельности медицинских организаций;
- единым критериям контроля за движением средств ОМС;
- единым критериям качества медицинской помощи и аккредитации экспертов качества медицинской помощи.

В целях повышения ответственности граждан за состояние своего здоровья, а также расширения страховых принципов в системе медицинского страхования, предлагается проработать вопросы установления порядка, условий и правил добровольного медицинского страхования, дополнительного к ОМС (ОМС+), которое предусматривает предоставление застрахованным лицам медицинских и сервисных услуг, не входящих в базовую программу ОМС, или осуществляемых на условиях, не предусмотренных базовой программой ОМС. Поэтапно это приведет к полному разделению платных и бесплатных медицинских услуг при оказании медицинской помощи.

Предоставление медицинских услуг ОМС+ будет осуществляться в медицинских организациях, работающих в сфере ОМС. На данные медицинские организации будет распространяться запрет на предоставление платных медицинских услуг пациентам, включенным в программы добровольного и обязательного медицинского страхования, по видам и условиям оказания медицинской помощи. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам будет возлагаться на страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере

ОМС. Правительство рассчитывает, что внедрение ОМС+ позволит легализовать «теневые» соплатежи населения за оказанную медицинскую помощь и создать условия для консолидации финансовых потоков из разных источников, в т. ч. провести неконтролируемые потоки личных средств граждан через систему медицинского страхования, что позволит не только привлечь в здравоохранение дополнительные финансовые средства, но и предоставить населению возможность выбора дополнительных медицинских услуг, не включенных в Программу государственных гарантий. Поэтапный рост объемов дополнительных страховых продуктов в долгосрочной перспективе позволит отказаться от оказания платных медицинских услуг медицинскими организациями – участниками базовой программы ОМС.

При этом в стратегии подчеркивается, что вся деятельность Национальной системы здравоохранения должна основываться на открытом диалоге с гражданским обществом, профессиональными медицинскими некоммерческими организациями и пациентским сообществом, а реализация путем создания Национальной системы здравоохранения обеспечит, в том числе, полноценную реализацию права граждан на выбор врача и медицинской организации.

3.2 Актуальные проблемы систем здравоохранения Франции и России

Проведенные реформы в двух странах показывают, что помимо специфических проблем, российская и французская системы здравоохранения сталкиваются с аспектами, общими для обеих стран. Выделим три блока проблем:

а) доступ к медицинским услугам,

б) управление системой здравоохранения,

в) взаимодействие институтов и организаций в рамках системы в целях роста эффективности здравоохранения в целом.

а) Доступ к медицинским услугам

В России значительные трудности наблюдаются на межрегиональном уровне, в частности, по причине неравномерного распределения средств ОМС и недостаточного объема бюджетных средств, что выражается в недофинансировании медицинских учреждений, нехватке необходимого

оборудования и квалифицированного персонала, неразвитости инфраструктуры. Вследствие этого затруднен доступ населения к бесплатным первичным медико-санитарным услугам и к стационарному лечению.[158]

Во Франции вопрос доступности медицинских услуг также актуален, однако он имеет совершенно другой характер: введение системы T2A оказало негативный эффект на развитие инновационных технологий в здравоохранении и использование передовых лекарственных средств. Испытывая экономические трудности и имея ограниченный бюджет (установленные тарифы на лечение болезней), больницы не используют дорогостоящее инновационное оборудование и лекарства, что сказывается на качестве оказываемой медицинской помощи и затрудняет доступ пациентов к определенным услугам.[159] Эти проблемы доступа к медицинским услугам также можно отнести к проблемам в управлении системой здравоохранения.

б) Проблемы управления системой здравоохранения

В России после распада СССР, усматривая в рыночных отношениях средство от всех бед здравоохранения, государство всецело положилось на рынок, существенно снизив регулирование этой сферы. Так, деятельность страховых медицинских организаций (далее - СМО) не нормировали, посчитав, что она наладится сама собой под напором конкуренции. Крайне слабо оказалась упорядочена и деятельность фондов ОМС. В соответствии с законом страховщики получили право заключать договоры, как с государственными, так и с частными медицинскими учреждениями. Однако ни для страховых медицинских организаций, ни для медицинских учреждений не было введено четкого определения разницы между ОМС и ДМС, государственным и частным финансированием как на уровне страховщика, так и на уровне медицинского учреждения. Из-за этих неясностей у медицинских учреждений и СМО появились возможности для использования в своих интересах неосведомленность

[158] См. Shishkin S.V., Vlassov V.V. Russia’s healthcare system: in need of modernisation // BMJ. — 2009. - Т. 338. С. 141-143

[159] См. Angele-Halgand N., Garrot T. Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital: une approche par les biens communs. – 2013.

потребителя, манипулирования базовой программой ОМС, финансируемой из средств бюджета, а также получения необоснованного дохода от использования государственных средств. Отсутствие четкого разделения обязанностей властных и страховых структур в обеспечении медицинского обслуживания в рамках ОМС и жесткого управления их деятельностью способствовало нерациональному использованию средств.[160]

Управление системой здравоохранения Франции столкнулось с решением двух основных вопросов институционального и финансового характера:

1) распределение обязанностей между государством и системой страхования по болезни;

2) решение проблем, которые встают перед кассами страхования по болезни при регулировании расходов на здравоохранение и взаимодействии со специалистами здравоохранения.

Опять же, введение системы T2A не способствовало налаживанию отношений между участниками системы здравоохранения с целью снижения государственных расходов. Хотя Парламент и устанавливает ежегодный плановый бюджет системы здравоохранения, другие участники системы не заинтересованы в экономии средств: для них единственный способ для получения дохода – наращивание объемов оказываемых услуг. Таким образом, с одной стороны правительство пытается сдерживать расходы на здравоохранение, а с другой стороны - побуждает участников системы увеличивать объемы услуг. Данная схема не способствует улучшению взаимодействия и координации участников французской системы здравоохранения, что мы наблюдаем и в России.

в) взаимодействие институтов и организаций в рамках системы в целях роста эффективности здравоохранения в целом.

В России недостаток взаимодействия участников здравоохранения наблюдается в частом обращении населения напрямую к стационарному лечению в больничных учреждениях. Статистика показывает, что 60% всех государственных расходов на здравоохранение приходится на больничный

[160] Popovich L. Russian Federation: health system review. : World Health Organization, — 2011. С. 51.

сектор, тогда как в большинстве странах Европейского союза этот показатель колеблется от 30% до 40%. Хотя количество коек на 1000 человек значительно снизилось за последние годы, этот показатель в России в 2-3 раза превышает аналогичные показатели западных стран. Такая ситуация является следствием неэффективности первичных медико-санитарных услуг и профилактики болезней. Лучшее распределение ресурсов возможно лишь благодаря повышению взаимодействия между сектором первичных медико-санитарных услуг и больничным сектором. Таким образом, количество стационарных больных можно сократить на треть, переведя их на амбулаторное лечение.[161] В российском здравоохранении также наблюдается фрагментация медицинской помощи, однако проблема усиления взаимодействия между участниками системы пока четко не формулируется.

Первое упоминание этой проблемы содержится в «Стратегии-2020». Была поставлена задача формирования интегрированной системы здравоохранения, основанной на тесном взаимодействии отдельных медицинских служб, обеспечении непрерывности наблюдения за пациентами и преемственности лечения на разных этапах медико-технологического цикла. В то же время в российской системе здравоохранения наблюдается недостаток коммуникативных и информационных технологий, что препятствует развитию координации и взаимодействия между специалистами здравоохранения.[162]

Несмотря на то, что уже 25 лет во Франции функционирует Программа автоматизации обработки медицинской информации (PMSI), она никак не способствует повышению взаимодействия между врачами частной практики, врачами-специалистами и медицинскими учреждениями. Во Франции проблема координации участников системы здравоохранения выражается в чрезмерном обращении граждан к скорой помощи. Таким образом, скорая помощь практически заменила консультации у врачей общей практики. Недостаток

---

[161] Shishkin S., Burdyak A., Potapchik E. Patient choice in the post-Semashko health care system //Higher School of Economics Research Paper No. WP BRP. – 2013. – Т. 9. 29 с.

[162] Rechel B. Health and health systems in the Commonwealth of Independent States //The Lancet. – 2013. – Т. 381. – №. 9872. С. 1145-1155.

координации, как и в случае с российской системой здравоохранения, не позволяет перевести пациентов на амбулаторное лечение: больничные учреждения в этом случае не могут гарантировать качество и доступность необходимой помощи для лечения за пациентом вне учреждения. При этом система T2A не способствует повышению взаимодействия между медицинскими учреждениями и амбулаторным лечением.[163]

Важной проблемой российского здравоохранения остается низкий уровень государственных расходов на систему, который составил 3,2% ВВП в 2009 г. и только 4% ВВП в 2011 г. Данный показатель значительно ниже аналогичных показателей стран ЕС, что ставит под сомнение способность государства гарантировать доступ к качественной бесплатной медицинской помощи для населения. Следствием этого является рост доли личных платежей граждан для получения медицинской помощи. Согласно статистической базе Всемирной организации здравоохранения, доля личных платежей граждан в РФ в 2009 г. составила 1,9% от ВВП, без учета «неформальных» платежей, которые достигли 2% от ВВП в 2011 г.. Другим следствием недофинансирования сектора здравоохранения является недоверие граждан к системе здравоохранения: все больше людей пользуется платными медицинскими услугами из-за нехватки современного оборудования и квалифицированного медицинского персонала в государственных учреждениях.

В то же время во Франции наблюдается противоположная ситуация: вот уже 25 лет правительство пытается оптимизировать расходы системы страхования по болезни. Увеличение государственных расходов на здравоохранение имеет структурные причины (технологический прогресс, старение населения), а также такие особенности системы здравоохранения как свободный доступ к врачам и возмещение стоимости лечения. Все это не позволяет снизить расходы на систему здравоохранение, несмотря на предпринятые правительством меры по внедрению «талона долевой оплаты»,

---

[163] Angele-Halgand N., Garrot T. Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital: une approche par les biens communs. – 2013

введению «координированного маршрута лечения», нормированию количества выпускников медицинских ВУЗов и т.д. [164] Тем не менее, приоритетом правительства является сохранение доступа пациентов к качественным медицинским услугам.

Таким образом, проанализировав проблемы систем и в России, и во Франции, мы предлагаем способы преодоления вышеперечисленных ограничений, которые, на наш взгляд, могут быть разрешены совместно экономистами, управленцами и специалистами здравоохранения обеих стран.

3.3 Рекомендации по использованию конструктивного опыта Франции при реформировании системы здравоохранения России

Вне зависимости от различий в структуре или основных принципах работы, системы здравоохранения во всем мире объединяет общая цель – улучшение здоровья населения благодаря предоставлению высококачественных и доступных медицинских услуг при обеспечении общей финансовой устойчивости. Старение население, рост количества пациентов с хроническими заболеваниями и распространение полиморбидности[165] – серьезнейшие проблемы нашего времени, негативно влияющие на здоровье людей и снижающие экономическую эффективность систем здравоохранения во всем мире. Комплексное преобразование систем для решения вышеперечисленных проблем – сложная, но выполнимая задача: в ряде стран удалось добиться значительных успехов благодаря децентрализации полномочий органов здравоохранения (региональный подход к предоставлению медицинских услуг) и интеграции медицинского обслуживания.

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. предусматривает на третьем этапе усиление региональной автономии субъектов РФ в рамках принятия решений в области здравоохранения. Согласно экспертам McKinsey, разработка региональной стратегии развития системы здравоохранения включает пять этапов:

---

[164] Sandier S. et al. Health care systems in transition: France. – 2004. С. 115-128

[165] Полиморбидность – множественность заболеваний у одного пациента

1) ***Обоснование необходимости преобразований***: для получения надежной и широкой поддержки региональной стратегии развития здравоохранения со стороны специалистов системы здравоохранения, необходимо включить в стратегию четкое обоснование необходимости преобразований, то есть тщательную оценку преимуществ и недостатков существующей системы, а также прогноз развития ситуации в том случае, если преобразования не будут осуществлены;

2) ***Изучение потребностей населения*** (факторов, влияющих на спрос товары и услуги здравоохранения) для обеспечения финансовой устойчивости системы: прогнозирование клинической деятельности в будущем, описание процесса развития методов лечения, анализ проблем, с которыми столкнется система;

3) ***Разработку стандартов лечения***, оптимальных для удовлетворения будущих потребностей пациентов: пересмотр или определение новых стандартов качества и протоколов для конкретных схем лечения, оптимальных путей перемещения пациентов в системе, а также процессов и результатов, необходимых для отслеживания качества медицинских услуг. Это совместная работа врачей, региональных руководителей сферы здравоохранения и других специалистов;

4) ***Разработку возможной организационной модели медицинского обслуживания***: изучение положительного зарубежного опыта для разработки организационной модели медицинского обслуживания; «децентрализация – по мере возможности, централизация – по мере необходимости»;

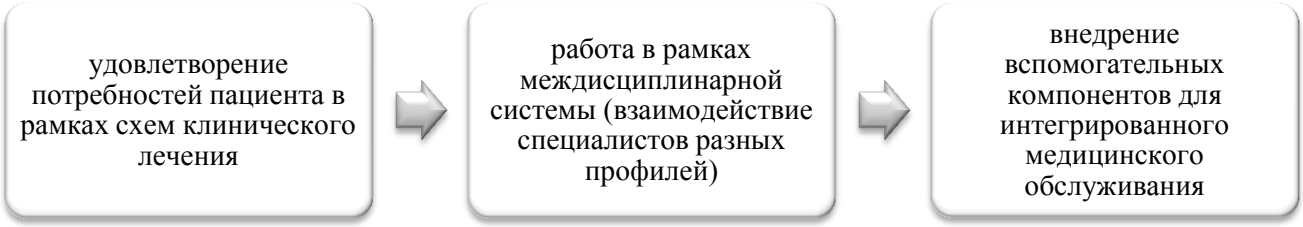
5) ***Обеспечение наличия ресурсов и финансовых средств*** для успешного проведения изменений в системе: необходимо для различных состояний (например, на уровне диагностически связанных групп или групп, потребляющих схожий объем медицинских ресурсов) определить оптимальное место предоставления услуг и описать, какая доля медицинских процедур должна быть выполнена, допустим, в крупной больнице скорой помощи, а какая - в местной больнице, в соответствии с рекомендациями клинических групп; после этого

можно произвести расчет затрат на внедрение новых моделей обслуживания и сравнить результаты с возможным объемом будущих затрат на здравоохранение.

Реформы Жюппе, проведенные во Франции в 1996 г. усилили региональный уровень организации систем здравоохранения создав Региональные больничные агентства, которые затем были преобразованы в двадцать шесть Региональных агентств здравоохранения. Аналогичные организации существуют в Канаде, Швеции и Великобритании. Несмотря на проблемы функционирования региональных агентств во Франции, их создание привело к улучшению организации системы здравоохранения, повышению эффективности распределения финансовых ресурсов, объединению партнеров системы здравоохранения, а также медико-социальных партнеров данного региона с целью повышения эффективности предложения медицинских услуг. Помимо агентств, на региональном уровне страны функционируют региональные объединения фондов медицинского страхования, связывающие на региональном уровне программы медицинского страхования и региональные конференции по здравоохранению, оценивающие приоритеты и потребности региона в области здравоохранения. [166]

Модель интегрированной медицинской помощи

Как показывают исследования, проведенные Стэндфордским и Гарвардским университетами совместно McKinsey,[167] внедрение интеграционных механизмов – долгосрочный процесс, требующий правильного теоретического подхода. Эксперты выделяют три общие черты, присущие успешным системам интегрированного медицинского обслуживания (рис. 3.1):



[166] Cecchi C. Les conférences régionales de santé: bilan, constats, risques, défis et perspectives // Santé Publique. — 2010. T. 1. ; Bréchat P. H. La planification régionale de la santé: technicisation ou politique de santé? Regards croisés de deux générations //Journal de gestion et d'économie médicales. – 2014. – T. 31. – №. 7. C. 405-428

[167] Ашер Я. Модернизация здравоохранения в России.: Ашер Я., О'Коннелл Ш., Урожаева Ю. — 2012. С. 67-77

Рисунок 3.1 Общие черты систем интегрированного медицинского обслуживания

Во-первых, основное внимание уделяется тем сегментам населения, в которых расходы на здравоохранение обычно наиболее высоки (например, пожилым людям и пациентам с хроническими заболеваниями). Эффективные программы в области интеграции медицинского обслуживания призваны устранить этот дисбаланс в структуре расходов. В рамках таких программ пациенты распределяются по категориям в зависимости от потребностей в медицинских услугах, а затем для каждой группы тщательно разрабатывается специализированное предложение. В частности, максимальное внимание уделяется работе с пациентами, которым с высокой вероятностью может потребоваться периодическая госпитализация или иные виды дорогостоящего лечения. В результате удается направить ресурсы в ту сферу, где возможности сокращения последующих затрат наиболее велики. С клинической точки зрения такой подход оправдан тем, что сравнительно здоровые люди не нуждаются в том же уровне обслуживания, который предлагается пациентам, страдающим несколькими серьезными заболеваниями. В экономическом отношении финансирование по выделенным группам риска также представляется эффективным, поскольку позволяет избежать оказания дорогостоящих услуг пациентам, которым они вряд ли принесут ощутимую пользу.

Во-вторых, ключевые процессы оказания медицинских услуг корректируются таким образом, чтобы обеспечить эффективную работу междисциплинарных групп специалистов. Для обеспечения эффективной работы этой модели необходимо, чтобы все участники были готовы оптимизировать основные рабочие процессы. Это позволит создать и впоследствии поддерживать междисциплинарную систему предоставления медицинских услуг, обладающую несколькими характерными чертами, в рамках которой участники смогут сформировать партнерские отношения, обеспечивающие, в свою очередь, создание «координированной» системы здравоохранения.[168]

---

[168] Усилению взаимодействия специалистов здравоохранения способствуют внедрение таких инструментов, как: создание реестров пациентов (единого фонда данных для координации процесса предоставления услуг пациентам, оценки потребностей пациентов и факторов риска); совместное использование специалистами здравоохранения

В-третьих, эти системы внедряют ряд важных вспомогательных компонентов, позволяющих наладить интегрированное медицинское обслуживание. Для успешной работы этой модели интегрированного обслуживания необходимы пять факторов.

1) ***Ответственность и совместное принятие решений***: органы правления финансирующих организаций активно поддерживают процесс преобразований. Поскольку в основе интегрированного медицинского обслуживания лежит партнерство, все заинтересованные лица должны воспринимать себя равноправными участниками принятия решений.

2) ***Управление работой лечебных учреждений***: руководители больниц должны четко обосновывать потребность в повышении качества медицинской помощи и объяснять, каким образом внедрение интегрированной модели медицинского обслуживания поможет достичь необходимых улучшений как на первых этапах (сразу после внедрения), так и впоследствии. Кроме того, руководству лечебных учреждений необходимо налаживать и поддерживать доверительные отношения и организовывать совместную работу с другими представителями системы здравоохранения.

3) ***Обмен информацией***: все врачи, участвующие в лечении определенного пациента, должны иметь доступ к его медицинской карте независимо от того, в каких учреждениях пациент проходил лечение в прошлом. Высока роль ИТ-систем, которые не только обеспечивают обмен информацией, но и оптимизируют процесс принятия решений, а также помогают соблюдать требования клинических протоколов.

4) ***Согласованные стимулы***: для успешного функционирования системы интегрированных медицинских услуг необходимы тщательно проработанные стимулы, благодаря которым поэтапная оптимизация была бы экономически

специальных протоколов для выполнения каждой медицинской процедуры; регулярные совещания междисциплинарных групп для анализа результатов работы и оценки уровня соответствия установленным требованиям по ключевым параметрам; составление индивидуального плана лечения с возможностью дальнейшей корректировки для каждого пациента с учетом его потребностей и подверженности рискам; регулярный анализ клинических случаев междисциплинарными группами с целью оценки медицинской помощи пациентам в зоне высокого риска.

выгодной для всех заинтересованных сторон. Например, сэкономленные при взаимодействии медицинских специалистов средства могут распределяться между всеми участниками - это побуждает их стремиться к достижению общей цели. Предлагаемые стимулы должны быть достаточно привлекательными для заинтересованных сторон и механизмы распределения и выплаты стимулирующих вознаграждений должны быть полностью прозрачными. Однако для успешной интеграции недостаточно использовать только финансовые стимулы. Чтобы повысить результативность, их нужно применять в сочетании с мерами нефинансового характера, такими как сравнительный анализ с другими организациями.

5) ***Активное участие пациентов***: в успешных системах участники групп напрямую взаимодействуют с пациентами при разработке плана лечения, в результате чего больные более охотно следуют этому плану. Кроме того, пациентам предоставляются сведения и инструменты, благодаря которым они могут лучше контролировать состояние своего здоровья (например, результаты анализов передаются напрямую пациентам и их врачам). Как пациенты, так и врачи могут принимать участие в образовательных программах; наконец, используются механизмы, позволяющие отслеживать, насколько хорошо пациенты соблюдают режим и схему лечения.

В результате между всеми участниками процесса предоставления услуг формируются прочные партнерские отношения – концептуальная основа интегрированных систем здравоохранения.

На сегодняшний день французские эксперты в области здравоохранения разрабатывают интеграционную модель «Тарификация по циклам лечения» (TCS-Tarification au cycles de soins),[169] цель которой – координировать различные фрагментированные этапы в лечения, оплачиваемые с помощью механизма финансирования по диагностическим группам (T2A), в единый цикл.

---

[169] Экспертная группа объединяет специалистов в области экономики, управления и медицины. Теоретической основой проводимых исследований является концепция Институционального анализа и развития и теория коллективных действий. В рамках проекта эксперты ищут пути оптимизации затрат на медицинские услуги, предоставляемые в больничных учреждениях Франции и имеющие фрагментированный характер. Официальный сайт исследовательского проекта: http://tcs.hypotheses.org - дата обращения 19.11.2014

Проиллюстрируем ситуацию на примере протезирования коленного сустава. Лечение начинается с первичной медицинской консультации или со скорой помощи, затем следует этап неотложной помощи в больнице, затем, обязательно последует период реабилитации (сеансы у физиотерапевта и консультации хирурга и врача общей практики). Цикл лечения интегрирует эти различные этапы. Переход от фрагментированных услуг здравоохранения к интегрированным этапам лечения (циклам лечения), при вовлечении большого количества субъектов, автоматически создает площадку для взаимодействия между специалистами и организациями здравоохранения. Циклы лечения обязывают специалистов здравоохранения интегрировать каждый отдельный этап лечения, и делают их дэ факто солидарно ответственными за результат. Цикл обязывает связать между собой различные этапы лечения с учетом полезности оказываемых услуг для пациента и для стимулирования профессионалов здравоохранения на координированную работу в рамках лечения. Кроме этого известно, что координация является проблемой в любой системе здравоохранения – очень сложно улучшить координацию без реального и прямого вовлечения в нее специалистов, медперсонала, управленцев и других представителей области здравоохранения.

Различные формы координированного взаимодействия были протестированы во Франции за последние четыре года вместе с принятием закона о Больнице, Пациентах, Здравоохранении и Территориях (HPST, 2009), который положил начало сотрудничеству специалистов здравоохранения, повышая при этом их вклад в социальную деятельность.

Согласно отчету Счетной палаты за 2013 год, минимум 50% затрат системы здравоохранения связано с обслуживанием лишь 10-20% населения – это пациенты, страдающие хроническими и онкологическими заболеваниями, а также гериатрические больные. В связи с этим внедряются меры, направленные на оптимизацию предложения медицинской помощи в данных группах повышенного риска, сочетающие в себе одновременно как региональный подход к предоставлению медицинских услуг, так и их интегрированный характер.

Так, с целью оптимизации расходов и повышения доступа и качества медицинской и социальной помощи пациентов старше 60 лет[170] в 2011 году во Франции запущен механизм MAIA[171] - «Методика интеграции социальной и медицинской помощи для пациентов пожилого возраста»,[172, 173] охватывающий всю территорию страны. Методика основана на разработанной в Канаде Исследовательской программе по интеграции медицинской и медико-социальной помощи для лиц пожилого возраста (PRISMA), доказавшей свою эффективность в рамках повышения качества медицинских и медико-социальных услуг и оптимизации расходов.[174]

Методика MAIA реализуется с помощью координатора и менеджеров, призванных регулировать сложные ситуации. Механизм внедряется на базе некоммерческого учреждения сектора здравоохранения или медико-социального сектора, отобранного Региональным агентством здравоохранения и обладающего наиболее широкой и развитой сетью партнеров на конкретной территории.[175] При этом территория функционирования механизма MAIA определяется границами сети партнеров выбранного учреждения. Основой методики MAIA являются учреждения и специалисты, уже функционирующие на определенной территории, реализуется методика с помощью трех механизмов: стратегического и тактического взаимодействия, интегрированного окна помощи, регулирования сложных случаев. Для функционирования механизмов предполагается использование единой информационной системы, единого инструмента

---

[170] Согласно отчетам Всемирной организации здравоохранения, наряду с пациентами с онкологическими и хронологическими заболеваниями, геронтологические больные старше 60 лет входят в самый дорогостоящий сегмент системы здравоохранения как Франции, так и остальных развитых стран

[171] Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie

[172] В 2009 году было выбрано 17 экспериментальных региона – первые площадки для реализации методики, с 2011 года Национальный фонд солидарности для автономии (CNSA) финансирует внедрение проекта на всей территории страны. На 2015 год во Франции реализуется 250 MAIA *(Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie)*.

[173] Изначально механизм был направлен на поддержку пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера, но затем был расширен до всех гериатрических больных

[174] Hébert R, Tourigny A, Raîche M. PRISMA volume II, L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Québec (Canada): EDISEM. – 2007. С. 271-296

[175] Как правило, таким учреждением может стать больница, центр социальной поддержки пенсионеров, ассоциации гериатрических больных (в том числе и частные), дома престарелых и т.д. Для того внедрения механизма MAIA на территории необходимо пройти процедуру отбора Регионального агентства здравоохранения каждого региона и полностью соответствовать заявленным критериям. Режим доступа: http://www.ars.paca.sante.fr/Deploiement-des-dispositifs-MA.116142.0.html, дата обращения: 4.10.2015

многокритериального анализа, индивидуального плана оказания медицинских и медико-социальных услуг[176] (таблица 3.4).

В рамках программы двойной аспирантуры нами было проведено качественное исследование данной методики. В частности, исследован механизм MAIA, внедренный в департаменте «Приморские Альпы» в 2011 г.: изучены нормативные и статистические данные внедрения механизма в регионе, а также сделано 22 интервью со специалистами медицинского и медико-социального сектора региона, включая руководителей проекта в Региональном агентстве здравоохранения департамента Приморские Альпы, координаторов методики и менеджеров, регулирующих сложные ситуации.

Курирует реализацию методики координатор MAIA, в задачи которого входит анализ предложения медицинских и медико-социальных услуг на территории и организация взаимодействия учреждений и специалистов на двух уровнях: стратегическом и тактическом. Стратегический уровень представляют структуры, определяющие политику здравоохранения на уровне региона и выделяющие финансирование на ее осуществление: региональное агентство здравоохранения, кассы страхования, генеральный совет департамента, мэрия и т.д. Тактический уровень представляют все специалисты и учреждения медицинского и медико-социального секторов, непосредственно оказывающие услуги здравоохранения населению на конкретной территории. Тактическая координация осуществляется на основе постоянного взаимодействия и гармонизации практик специалистов медицинского и медико-социального сектора. Для этого координатор проводит рабочие встречи как на тактическом (3-4 раза в год), так и на стратегическом уровне (1-2 раза в год).

Участники тактического взаимодействия одновременно участвуют в интегрированном окне помощи населению и обязываются проводить многокритериальную диагностику пациентов, выходящую за рамки их стандартной диагностики. Итогом такой диагностики может быть либо лечение

[176] Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie: Les cahiers pédagogiques de la CNSA. Paris (France) – 2014. C. 5-7

пациента в рамках учреждения, либо перенаправление в учреждение, соответствующее потребностям пациента. Важно отметить, что интегрированное окно отличается от единого окна тем, что оно функционирует в каждом учреждении здравоохранения на микроуровне, а не в рамках отдельной структуры. Таким образом, в задачи специалистов интегрированного окна входит поиск и правильное направление пациента с помощью инструмента многокритериального анализа и единой информационной системы с доступом как к информации пациентов, зарегистрированных в реестре, так и учреждений-партнеров на территории региона.

Менеджеры, регулирующие наиболее сложные ситуации призваны координировать взаимодействие партнеров в рамках осуществления лечения конкретного пациента. Сложные случаи могут быть переданы менеджерам MAIA участниками взаимодействия на микроуровне, а в задачи менеджера входит не замещение или дублирование функций уже работающих специалистов, а правильная координация их деятельности (больничных и частных врачей, медсестер, социальных работников и т.д.). В результате передачи сложных случаев менеджерам MAIA можно избежать фрагментарности лечения и предотвратить возможное ухудшение здоровья пациента (например, для организации ухода на дому за пациентом после сложной госпитализации). Один менеджер может регулировать до 40 сложных случаев.

Таблица 3.4

Методика MAIA

	Механизмы MAIA	Инструменты MAIA	Участники
Методика MAIA внедряется на основе существующего учреждения с развитой сетью партнеров на территории	Организация взаимодействия участников (Координатор)	Стратегическое взаимодействие	Региональное агентство здравоохранения, Генеральный совет департамента, кассы страхования и т.д.
		Тактическое взаимодействие	Больничные учреждения, медицинские сети, дома престарелых, врачи частной практики, центры диагностики и лечения когнитивных расстройств, учреждения госпитализации на дому,
	Интегрированное окно помощи (участники	Формуляр для многокритериального анализа	

	тактического взаимодействия)	Совместная информационная система для всех участников MAIA	ассоциации социальной и медико-социальной помощи, медсестринские организации, менеджеры сложных ситуаций и т.д.
	Регулирование сложных случаев[177] (1-3 менеджера)	Инструмент многокритериального анализа	Все учреждения и специалисты медицинского и медико-социального сектора на территории функционирования данной MAIA
		Индивидуальный план оказания медицинских и медико-социальных услуг	

Источник: составлено автором на основе данных Национального фонда солидарности для автономии (CNSA, 2014)

Согласно статистическим данным,[178] более 15% населения Франции старше 60 лет, а население департамента Приморские Альпы старше 60 лет составляет 29% от всего населения региона. Поддержание состояния здоровья пациентов старше 60 лет сопряжено с повышенными государственными расходами на медицинские и медико-социальные услуги. Именно поэтому внедрение методики MAIA в 2011 сначала в Ницце и Грасе, а потом и на всей территории департамента стало приоритетом как государства, так и самих специалистов здравоохранения.

Согласно проведенному исследованию можно сделать вывод, что механизм MAIA соответствует потребностям пациентов, а также способствует упрощению доступа к медицинской помощи для пожилого населения с помощью эффективной координации деятельности различных специалистов - как сектора здравоохранения, так и медико-социального сектора. Реализация методики происходит постепенно, на сегодняшний день координаторы ознакомили специалистов с основными механизмами и инструментами MAIA, начали проведение рабочих встреч на микро- и стратегическом уровнях, определили круг специалистов и учреждений, участвующих в интегрированном окне помощи населению а также внедрили механизм регулирования наиболее сложных случаев.

[177] Пациенты старше 60 лет, подверженные геронтологическим рискам

[178] Статистика Insee за 2014 год. Режим доступа: http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/, дата обращения: 10.10.2015

Использование основных инструментов методики MAIA позволяет выявить гериатрические заболевания[179] на раннем этапе. При этом обеспечение пациентам необходимого лечения и ухода на дому позволяет предупредить осложнения, уменьшить случаи госпитализации и перемещения больных в дома престарелых, что и является основной целью методики MAIA на государственном уровне.

Таким образом, как правило, в развитых странах Европы регулирование интеграции чаще всего берет на себя государство. В российской системе здравоохранения государственное регулирование интеграции выражалось в обеспечении координирующей роли участкового врача и преемственности лечения в рамках системы Н.А. Семашко. С внедрением рыночных реформ в систему здравоохранения и в России появилась проблема фрагментации действий отдельных организаций сектора здравоохранения. Концепция развития здравоохранения до 2020 г. предусматривает «Обеспечение системности организации охраны здоровья», однако данное положение не отвечает параметрам внедрения эффективной интеграционной модели. Реализация модели интегрированного медицинского обслуживания в условиях российской действительности должна быть направлена не на экономию расходов системы здравоохранения, а на повышение качества и доступности предоставления как первично-амбулаторной, так и стационарной медицинской помощи. Для этого необходимо разработать и внедрить ряд долгосрочных программ как для координации врачей общей практики и врачей-специалистов, так и программ управления хроническими, гериатрическими и онкологическими заболеваниями для обеспечения преемственности лечения и непрерывности наблюдения за пациентами. В основу модели могут быть заложены положительные примеры реализации интеграционных процессов в системах здравоохранения в развитых странах.

Итак, мы считаем, что правильно разработанная модель интегрированного медицинского обслуживания может успешно применяться практически в любой системе здравоохранения. Более того, для интеграции не требуется использовать

[179] В частности, болезнь Альцгеймера

особые формы сотрудничества с врачами или схемы оплаты. Специалисты выделяют два подхода к внедрению модели интегрированного обслуживания во фрагментированных системах. В рамках первого подхода услуги предоставляются в основном при поддержке финансирующих организаций (как в случае методики MAIA во Франции), в рамках второго финансированием занимаются партнерства, заключенные между поставщиками услуг.

В модели интегрированного обслуживания, работающей за счет финансирующих организаций, значимость приобретают стимулы и схемы оплаты. С помощью этих средств финансирующие организации побуждают сотрудников больниц (прежде всего врачей) переходить к новым методам работы. В сущности, финансирующие организации по-новому используют свои традиционные инструменты. Внедряются инновационные механизмы оплаты, способствующие преобразованиям, а также используются существующие информационные технологии и базы данных для предоставления комплексной информации о пациентах всем поставщикам услуг. Такой подход направлен на расширение системы интегрированного медицинского обслуживания в довольно короткие сроки при относительно низком объеме вложений.

В модели интегрированного медицинского обслуживания, опирающейся на кооперацию поставщиков услуг, основное внимание, напротив, уделяется развитию сотрудничества, формированию единой концепции и разработке клинических протоколов. Вместе с тем для выполнения этих задач также используются эффективные процессы обмена информацией и соответствующие стимулы. Партнерства поставщиков услуг (в которые также могут входить финансирующие организации) придают большое значение успешному управлению работой медицинских учреждений и правильному распределению ответственности. Кроме того, поставщики услуг обычно более активно занимаются координацией в сфере медицинского обслуживания, чем финансирующие организации. Средства, сэкономленные благодаря такому подходу, распределяются между всеми партнерами для последующего инвестирования.

Таким образом, мы считаем весьма перспективным возврат в российскую систему здравоохранения модели интегрированного медицинского обслуживания, разработанного в системе Н.А. Семашко, но в новых рыночных условиях, на основе новых механизмов, таких, как MAIA, хорошо зарекомендовавших себя в современных моделях французского здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги отметим, что основной фактор, лежащий в основе систем здравоохранения и определяющий роль государственного и рыночного регулирования в данном секторе, формирование цен на рынке медицинских услуг, а также оплату труда специалистов, занятых в этой сфере, связан с двойственным характером медицинских услуг и пониманием того, что же является частным благом в сфере здравоохранения, а что – общественным.

Преобладание государственного участия в регулировании и финансировании систем здравоохранения объясняется возрастанием доли чистых и смешанных общественных благ в здравоохранении развитых стран. Общественно значимый характер медицинских услуг обуславливает особую роль принципов доступности и равенства в их потреблении. В данных условиях вмешательство государства осуществляется не с позиций экономической эффективности, а с позиций социальной справедливости. Рыночные механизмы регулирования здравоохранения призваны внедрить конкуренцию в сектор с целью повышения эффективности деятельности участников и снижения расходов. Однако при этом эффективность таких механизмов неоднозначна и обусловлена появлением проблем, связанных с распределением медицинской помощи, моральным риском, неблагоприятным отбором и внешними эффектами. Помимо этого каждый в отдельности поставщик услуг сталкивается с проблемой координации своих действий с другими поставщиками, особенно при лечении хронических заболеваний или в случаях несколько одновременно протекающих болезней, в частности, у пациентов пожилого возраста.

Таким образом, и у государственного, и у рыночного регулирования здравоохранения есть свои достоинства и недостатки. Они связаны с тем, что функционирование системы здравоохранения основано преимущественно на силе социальных связей, возникающих в ходе деятельности участников системы, и особую роль в таком типе отношений играют вопросы их мотивации, взаимодействия и координации. Поэтому реформы, проводимые в системах

здравоохранения развитых стран независимо от их типа управления и ресурсного обеспечения, призваны нивелировать провалы рынка и провалы государства в данном секторе, направлены на внедрение интеграционных механизмов и повышение взаимодействия специалистов здравоохранения. Для решения проблем разрабатываются эффективные программы в области интеграции медицинского обслуживания, которые максимальное внимание уделяют работе с пациентами, которым с высокой вероятностью может потребоваться периодическая госпитализация или дорогостоящее лечение (пациентам, страдающим хроническими, онкологическими, гериатрическими заболеваниями).

Сравнительный анализ бюджетной, социально-страховой и частной систем финансирования здравоохранения по ключевым параметрам эффективности - общий уровень здоровья населения (показатели QALY и DALY), соответствие системы здравоохранения запросам граждан (интегрированный показатель, учитывающий качество и безопасность помощи, ее доступность, равенство в получении и т.д.), справедливость в распределении бремени финансирования здравоохранения (уровень общих, государственных и частных расходов на здравоохранение) - показал, что в целом достижение сопоставимых показателей здоровья населения требует от стран преимущественно с частной моделью финансирования (например, США) больших затрат, чем от стран с преимущественной бюджетной и страховой моделью финансирования, а Великобритания, страна с бюджетной моделью финансирования, согласно рассмотренным рейтингам, является лидером по качественным показателям.

При этом невозможно четко определить преимущество страховой модели финансирования здравоохранения над бюджетной или наоборот: обе модели столкнулись с проблемой финансовой устойчивости - ситуации, когда бюджетных доходов становится недостаточно для покрытия расходов, что вызвано как последствиями мирового финансового кризиса, так и структурными изменениями: старением населения и внедрением дорогостоящих инновационных технологий в сектор здравоохранения. В этих условиях среди основных задач реформ и в странах Европы, и в США, является повышение эффективности управления,

оптимизация расходов, повышение финансовой ответственности и прозрачности деятельности медицинских учреждений и независимых врачей, повышение координации и взаимодействия между амбулаторной и стационарной медицинской помощью, между специалистами здравоохранения.

Несмотря на различия типов систем здравоохранения выявлены общие механизмы реформ: стимулирование потребительского выбора, определение роли финансирующей стороны как информированного покупателя медицинской помощи, новые формы взаимодействия с поставщиками медицинских услуг.

Основой для проведения реформ в странах с социально-страховой и бюджетной моделью здравоохранения стала модель управляемой конкуренции (УМП), разработанная для системы здравоохранения США. Однако помимо внедрения рыночных механизмов, модель предусматривала не только расширение покрытия медицинского страхования и увеличение доступа к медицинской помощи, но и государственное регулирование тарифов страховых взносов и объемов страхового покрытия. Таким образом, эти меры приближают систему частного финансирования здравоохранения США к системе здравоохранения стран с преимущественно государственным регулированием, и наоборот, системы бюджетного и социально-страхового финансирования внедряют рыночные механизмы регулирования, характерные для систем частного финансирования здравоохранения - наблюдается тенденция к конвергенции существующих типов систем здравоохранения.

Проведенный анализ показал, что в рамках реформирования систем здравоохранения имеет место подражательный изоморфизм: нет четкого понимания организационных технологий, цели неоднозначны, а среда порождает неопределенность. В этом случае государства моделируют национальную систему здравоохранения, ориентируясь на системы здравоохранения стран-«моделей». При этом есть значительные преимущества в подражательном поведении с точки зрения экономии ресурсов: если организация сталкивается с проблемой, возникшей по неоднозначным причинам или не имеющей ясных решений,

проблемно-ориентированный поиск может дать жизнеспособное решение без больших затрат.

Изучение опыта Франции по реформированию системы здравоохранения, в частности, внедрение рыночных механизмов в рамках регулирования спроса и предложения медицинских услуг представляет особый интерес для России в связи с принятием Правительством РФ в 2008 г. Концепции развития здравоохранения до 2020 г. и одобрением в 2014 г. Стратегии развития системы здравоохранения на долгосрочный период 2015-2030 гг. Оба документа содержат инструкции по развитию систем обязательного и дополнительного медицинского страхования, разработке единых стандартов оказания медицинской помощи, усилению региональной автономии в принятии решений по вопросам национальной системы здравоохранения.

Проанализировав реформы системы здравоохранения Франции по регулированию спроса и предложения медицинских услуг, нами выделен ряд ключевых положений, актуальность которых для российского здравоохранения в условиях его реформирования крайне высока.

Во-первых, это принцип разделения обязанностей между системами обязательного и дополнительного страхования по болезни: система обязательного страхования по болезни в основном охватывает лечение сложных или хронических заболеваний, в то время как система дополнительного страхования покрывает небольшие риски. Такое распределение позволяет нивелировать последствия неблагоприятного отбора на рынке дополнительного медицинского страхования и повышает доступ к медицинским услугам для всех категорий населения.

Во-вторых, это принцип страхового покрытия обеспечения лекарственными средствами: несмотря на растущие расходы здравоохранения, французская система полностью обеспечивает возмещение медикаментов и препаратов в рамках амбулаторного лечения пациентов.

В-третьих, это принцип работы системы соплатежей пациентов, или «талона долевой оплаты», которую Министерство здравоохранения РФ

предложило ввести в рамках разработки программы ОМС+. Наше исследование позволило сделать вывод, что данный инструмент является наиболее неоднозначным из всех реформ системы здравоохранения Франции: участие пациентов в оплате медицинских услуг, с учетом имеющейся недостаточной информации и неправильной оценки состояния своего здоровья, может привести к пренебрежению лечением, а вследствие этого – к неблагоприятным последствиям, которые будут сопровождаться более дорогостоящим лечением. Помимо этого необходимо отметить, что во Франции, наряду с необходимостью выплачивать талоны долевой оплаты, действует ряд критериев, освобождающих пациентов от оплаты лечения. В число таких критериев входят длительные (хронические) заболевания и длительная госпитализация; дорогостоящие медикаменты (долевое участие пациентов отменено для медикаментов, попадающих под категорию дорогостоящих и незаменимых препаратов); профилактические мероприятия (диагностика определенных заболеваний, профилактические меры для несовершеннолетних, стоматологическая профилактика); освобождение, связанное с определенными группами пациентов (люди с ограниченными возможностями, беременные, новорожденные, военные, пенсионеры, инвалиды и т.д.). Исходя из этих критериев, реформы по регулированию спроса посредством соплатежей связаны с высокими рисками и признаны неэффективными специалистами здравоохранения.

В диссертационной работе выявлены положительные стороны, а также сложности и ограничения, с которыми столкнулась французская система при внедрении новых механизмов финансирования больничных учреждений на основе метода диагностических групп (система T2A). Схожие методы планируются к реализации или реализуются в настоящий момент в российских больничных учреждениях. Основа данной системы финансирования - контроль эффективности: полученные результаты оцениваются исходя из вложенных средств. Таким образом предполагается, что больница либо полностью откажется от предоставления неэффективных услуг, либо снизит свои затраты на такие услуги. Однако, для специалистов здравоохранения крайне сложно постоянно

решать дилемму: экономия ресурсов или обеспечение всеобщего охвата населения максимально возможным набором медицинских услуг, в том случае, если не проводить никаких преобразований в организационной структуре медицинских учреждений и мотивации врачебного персонала. Внедрение именно организационно-мотивационного механизма происходит в настоящее время во Франции. Опыт свидетельствует - недостаточная проработка положений новой системы финансирования может привести к коммерциализации больничного сектора, поставить под сомнение общественные ценности, качество предоставляемых услуг, безопасность пациента, сроки лечения и доступность к услугам здравоохранения для населения страны в целом.

В исследовании доказано, что только повышение ответственности локальных участников сектора здравоохранения (во Франции – это Региональные агентства здравоохранения) поможет провести реструктуризацию учреждений для одновременного повышения качества оказания услуг и экономии финансовых ресурсов системы медицинского страхования, а основой для этого становится усиление взаимодействия между медицинскими учреждениями, их реальная интеграция.

На основе сравнительного анализа внедренных результатов реформ во Франции и в России, выделим общие проблемы, препятствующие повышению эффективности обеих систем здравоохранения – это проблемы доступа к медицинским услугам, управление системой здравоохранения и взаимодействие участников системы.

Альтернативным методом регулирования систем здравоохранения, основанным на теории общественных финансов и общих ресурсов, и направленным на преодоление вышеперечисленных проблем, является модель интегрированного медицинского обслуживания, активно разрабатываемая и внедряемая в развитых странах. С помощью интеграции медицинского обслуживания возможно повысить результативность лечения и оптимизировать затраты.

Так, на сегодняшний день французские эксперты в области здравоохранения разрабатывают интеграционную модель «Тарификация по циклам лечения» (TCS- Tarification au cycles de soins), цель которой – координировать различные фрагментированные этапы в лечения, оплачиваемые с помощью механизма финансирования по диагностическим группам (T2A), в единый цикл. Переход от фрагментированных услуг здравоохранения к интегрированным этапам лечения (циклам лечения), при вовлечении большого количества субъектов, автоматически создает площадку для взаимодействия между специалистами и организациями здравоохранения. Циклы лечения обязывают специалистов здравоохранения интегрировать каждый отдельный этап лечения, и делают их дэ факто солидарно ответственными за результат. Цикл обязывает связать между собой различные этапы лечения с учетом полезности оказываемых услуг для пациента и для стимулирования профессионалов здравоохранения на координированную работу в рамках лечения. При этом регулирование процесса интеграции всех этапов предоставления медицинской помощи может взять на себя государство.

Важно отметить преемственный характер реформ здравоохранения Франции, а также их поэтапное внедрение. Новые методы регулирования систем здравоохранения основаны на уже внедренных и апробированных механизмах. Так, модель «Тарификация по циклам лечения (TCS)», является усовершенствованием «Тарификации по диагностическим группам (T2A)». Если две предыдущие, последовательно внедряемые модели направлены на основной контингент пациентов во Франции, то внедрение следующей модели - интеграции социальной и медицинской помощи для пациентов пожилого возраста, охватывает пациентов наиболее дорогостоящего сегмента.

В рамках программы двойной аспирантуры нами было проведено исследование механизма интеграции участников системы здравоохранения Франции для повышения доступа и качества медицинской и социальной помощи пациентов старше 60 лет и для оптимизации расходов - механизма MAIA - «Методика интеграции социальной и медицинской помощи для пациентов

пожилого возраста», охватывающего всю территорию страны. Методика MAIA реализуется с помощью координатора и менеджеров, призванных регулировать сложные ситуации. Механизм внедряется на базе некоммерческого учреждения сектора здравоохранения, отобранного Региональным агентством здравоохранения и обладающего наиболее широкой и развитой сетью партнеров на конкретной территории.

Основой методики MAIA является опора на учреждения и специалистов, уже функционирующих на определенной территории, а реализуется методика с помощью трех механизмов: стратегического и тактического взаимодействия, интегрированного окна помощи, регулирования сложных случаев. Для функционирования механизмов предполагается использование единой информационной системы, единого инструмента многокритериального анализа, индивидуального плана оказания медицинских и медико-социальных услуг.

В диссертационной работе исследован механизм MAIA, внедренный в департаменте «Приморские Альпы». Согласно проведенному исследованию можно сделать вывод, что механизм MAIA соответствует потребностям пациентов, а также способствует упрощению доступа к медицинской помощи для пожилого населения с помощью эффективной координации деятельности различных специалистов как сектора здравоохранения, так и медико-социального сектора.

Исходя из результатов проведенного исследования мы считаем, что правильно разработанная модель интегрированного медицинского обслуживания может успешно применяться в любой системе здравоохранения. Более того, для интеграции не требуется использовать особые формы сотрудничества с врачами или особые схемы оплаты. В условиях российской действительности, реализация модели интегрированного медицинского обслуживания должна быть направлена не на экономию расходов системы здравоохранения, а на повышение качества, доступности предоставления как превентивной медицинской помощи, так и первично-амбулаторных и стационарных медицинских услуг, а также повышение взаимодействия между данными звеньями. Для этого необходимо разработать и

внедрить ряд долгосрочных программ для координации врачей общей практики и врачей-специалистов, а также программ управления хроническими, онкологическими и гериатрическими заболеваниями для обеспечения преемственности лечения и непрерывности наблюдения за пациентами.

На сегодняшний день сфера здравоохранения является одним из приоритетных направлений модернизации в России. Разрабатываются и внедряются новые государственные проекты, проводятся масштабные реформы и преобразования. При этом чиновникам не всегда удается правильно выстроить коммуникации. Из-за этого возникает недовольство реформами в сфере здравоохранения – ни медицинские работники, ни рядовые граждане не могут разобраться, для чего проводятся преобразования и как они помогут улучшить состояние здоровья населения.

Для решения проблем взаимодействия между участниками систем здравоохранения Правительством Франции регулярно проводятся Региональные конференции по здравоохранению (CNS),[180] в рамках которых идет совместная работа чиновников и специалистов здравоохранения, которые оценивают потребности региона в медицинском обслуживании и устанавливают региональные приоритеты в области здравоохранения, действуют специальные электронные порталы для населения, с помощью которых оно может получить информационную поддержку и консультации онлайн по интересующим вопросам.

Таким образом, для успешного реформирования систем здравоохранения, необходимо, чтобы все участники системы понимали необходимость преобразований и были готовы к ним. Наличие образцов для подражания, а также официально утвержденных механизмов, необходимых для улучшения показателей эффективности, является существенной составляющей любых реформ, а конечным результатом преобразований в системе здравоохранения должны стать улучшение здоровья и рост уровня благосостояния населения.

---

[180] Официальный сайт CNS. Режим доступа: http://www.sante.gouv.fr/la-conference-nationale-de-sante.html, дата обращения 10.10.2015

Список литературы

I. Нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации, Статья 41: офиц. текст [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://constitution.kremlin.ru .

2. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 (ред. от 01.12.2014) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

4. Федеральный закон №258-ФЗ от 29.12.06 г. о разграничении полномочий.

5. Постановление Правительства РФ № 1096 от 11.09.1998 г. «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью».

6. Постановление правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.01.98 № 12/2.

8. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 января 1998 г. №12/2 «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении».

9. Концепции развития здравоохранения до 2020 г. // Министерство здравоохранения Российской Федерации. — 2014.

10. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. [Электронный ресурс] . – Режим доступа: http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period.

11. Закон о реформе больниц, пациентах, здравоохранении и территориальной подведомственности (HSPT) от 21 июля 2009 г. [Электронный ресурс]. –

Франция. – 2009. - Режим доступа: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244.

12. CNSA. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie: Les cahiers pédagogiques de la CNSA. - Paris (France) – 2014. – 22 с.

13. Décret № 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. [Электронный ресурс]. – Франция. – 2011. - Режим доступа: http://www.cnsa.fr/documentation/cahier_des_charges_maia_15nov11.pdf

II. Первоисточники, монографии, учебные пособия и статьи на русском языке

14. Атун, Р. Финансирование здравоохранения и борьба с инфекционными заболеваниями: основные проблемы и выводы/ Р. Атун, Р. Кокер, М. МакКи //Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний. - 2009. С. 48-64.

15. Аузан, А.А. Институциональная экономика: новая институциональная экономическая теория: учебник. под общ. ред. А.А. Аузана. – М.: Инфра-М, 2007. – 415 с.

16. Ашер, Я. Модернизация здравоохранения в России / Я. Ашер, Ш. О'Коннелл, Ю. Урожаева// Вестник McKinsey. Теория и практика управления. — 2012. – 136 с.

17. Баранов, И. Н. Новый государственный менеджмент: эволюция теории и практики применения/ И. Н. Баранов // Российский журнал менеджмента. – 2012 – №. 1. – С. 51-64.

18. Баранов, И.Н. Конкурентные механизмы предоставления медицинских услуг/ И.Н. Баранов// Внедрение конкуренции на регулируемых рынках. – Ч. II. – 2010. - С. 207-241.

19. Григорьева, Н.С., Чубарова, Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление/ Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова. - М.: Авторская академия, 2013. – С. 127-212.

20. Дигилина, О.Б. Экономика здравоохранения - микроэкономические перспективы. Модуль 1. Методическое пособие/ О.Б. Дигилина // Проект ЕС ТЕМПУС: Учебная программа MBA "Менеджмент в здравоохранении" в Российском Университете Дружбы народов. – 2009. – 196 с.

21. ДиМаджио, П.Д., Пауэлл, У.В. Новый взгляд на «железную клетку»: институциональный изоморфизм и коллективная рациональность в организационных полях/ П.Д. ДиМаджио, У.В. Пауэлл // Экономическая социология. - 2010. - Т. 11. - № 1. - С. 34-56.

22. Клинова М.В. Государство и частный капитал: от теории к практике взаимодействия в европейских странах / М.В. Клинова// М.: Магистр. - 2011. - 400 с.

23. Козлов, К. США: краткий обзор реформы здравоохранения / К. Козлов //Обзор центра макроэкономических исследований Сбербанка России. – 2010. – 6 с.

24. Омельяновский, В. В., Максимова, Л. В., Татаринов, А. П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения/ В.В. Омельяновский, Л.В. Максимова, А.П. Татаринов // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. - 2014. - № 3. – С. 22-34.

25. Орлов-Карба, П.А. Обязательное социальное страхование в Российской Федерации: учеб. пособие/ П. А. Орлов-Карба. - М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2007. – С. 189-221.

26. Пономаренко, Е. В., Исаев, В. А. Экономика и финансы общественного сектора: учебник /Е.В. Пономаренко, В.А. Исаев. - М.: ИНФРА-М. – 2007. – 427 с.

27. Пономаренко, Е.В. Экономика и финансы общественного сектора: учебник (уровень магистратуры)/ Е.В. Пономаренко. – М.: Инфра-М, 2013. – 348 с.

28. Рагозин, А.В., Кравченко, Н.А., Розанов, Н.А. Одиннадцатилетний опыт реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (успехи и проблемы) /А. В. Рагозин, Н. А. Кравченко, В. Б. Розанов // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. - 2013. - № 3. – С. 22-36.
29. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран / ред. Солтман Р. Б., Буссе Р., Моссиалос Э. / Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002. – С. 58-113.
30. Ресурсы системы здравоохранения : учеб-метод. пособие/ Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, С.А. Леонов, Н.В. Данилова – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. – 176 с.
31. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / под ред. Р.Б. Солтмана, Дж. Фигераса: пер. с англ. - М.: Гэотар Медицина, 2000. – 432 с.
32. Решетников, А.В. Экономика здравоохранения: учебное пособие/ под ред. А.В. Решетникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
33. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса/ под. ред. А.Г. Вишневского, Я.И. Кузьминова и др. - М.: Изд. ГУ ВШЭ, 2006. – 25 с.
34. Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. — М.: Независимый институт социальной политики, 2008. – 288 с.
35. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения/ ред. Фигерас Ж., МакКи М., Лессоф С. - Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 91 с.
36. Смит, П. К., Моссиалос, Е., Папаниколас, И. Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы/ П. К. Смит, Е. Моссиалос, И. Папаниколас //Справочный документ ВОЗ. – 2008. – 33с.
37. Сравнение национальных систем здравоохранения стран, использующих «страховую» и «бюджетную» модели финансирования/ Рагозин А. В., Кравченко Н. А., Розанов В. Б.// Здравоохранение. - 2012. - № 12, С. 30–40.

38. Стиглиц, Д.Э. Экономика государственного сектора/ Д. Э. Стиглиц. – М.:ИНФРА-М, 1997. – 720 с.

39. Стратегия-2020: Новая модель роста — новая социальная политика. Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 года. Книга 1/ под научн. ред. В.А. Мау, Я.И. Кузьминова. — М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2013. – С. 385-434.

40. Томсон, С., Фубистер, Т., Моссиалос, Э. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения/ С. Томсон, Т. Фубистер, Э. Моссиалос // Серия исследований. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. - 2010. - № 17 – 270 с.

41. Улумбекова Г. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» // М.: Гэотар-Медиа. - 2010. - Т. 94. - № 1- 97 с.

42. Улумбекова Г. Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России [Электронный ресурс]. - Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» - 2012. - №5. – Режим доступа http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/lang,ru/ .

43. Устав Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf.

44. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы /ред. Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин /пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002. – 18 с.

45. Шевский, В.И., Шейман, И.М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения/ В.И. Шевский, И.М. Шейман //Вопросы государственного и муниципального управления – 2013. – №. 3. - С. 24-47.

46. Шейман, И. М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении. Часть 1, 2 / И.М. Шейман //Менеджер здравоохранения. – 2012. – №. 6, 7. – С. 32-40, С. 19-25.

47. Шейман, И. М. Платные медицинские услуги или фиксированные соплатежи?/ И.М. Шейман [и др.] // Вопросы экономики. - 2011. - № 10. - С. 131-141.

48. Шейман, И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения/ И.М. Шейман// М.: Издатцентр. – 1998. – 337 с.

49. Экономика здравоохранения/ под науч. ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2009. – 479 с.

50. Экономика здравоохранения:учебн.-метод. пособие / В.А. Исаев, Н.А. Нуреева, Е.В. Пономаренко. — М.: Агор, 2008. — 210 с.

51. Экономика общественного сектора: учебник для вузов/ Л.И. Якобсон, М.Г. Колосницына, Н.В. Голованова, Л.С. Засимова [и др.]. – 3-е изд., пер. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2015. – 558 с.

52. Эрроу, К. Дж. Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения/ К. Дж. Эрроу //Вехи экономической мысли. – 1963. – Т. 4. – С. 293-338.

53. Якобсон, Л. И. Государственный сектор экономики: экономическая теория и политика/ Л.И. Якобсон. - М.: ГУ ВШЭ, 2000. 367 с.

III. Источники на английском и французском языках

54. Angele-Halgand, N., Garrot, T. Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital: une approche par les biens communs // - 2013. – С. 1-15.

55. Askenazy, P. Pour un système de santé plus efficace/P. Askenazy //Notes du conseil d’analyse économique. – 2013. – №. 8. - С. 1-12.

56. Becker, M. H. The health belief model and personal health behavior/ M.H. Becker // Slack, 1974. – Т. 2. – №. 4. С. 409-419.

57. Bloor, K., Maynard, A., Nuffield Trust, L. Managed care Panacea or palliation? / K. Bloor, A. Maynard, L. Nuffield Trust, - 1998. -49 с.

58. Bréchat, P. H. La planification régionale de la santé: technicisation ou politique de santé? Regards croisés de deux générations/ P.H. Bréchat //Journal de gestion et d'économie médicales. – 2014. – Т. 31. – №. 7. – С. 405-428.

59. Cecchi, C. Les conférences régionales de santé: bilan, constats, risques, défis et perspectives/ C. Cecchi // Santé Publique. - 2010. - T. 1. – C. 113-120.

60. Chassang, H. Organisation et système de santé en France/H. Chassang – France. - 2013. – 110 c.

61. Chevillard, G. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux: Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)/ G. Chevillard //Questions d'économie de la santé. – 2013. – №. 190. – 8 c.

62. Chevreul, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C. Mladovsky, P. France: Health system review/ K. Chevreul, I. Durand-Zaleski, S. Bahrami, C. Hernández-Quevedo, P. Mladovsky// Health Systems in Transition. – 2010. - 12(6). – 291 c.

63. Cordier, A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé-19 recommandations du comité des sages/ A. Cordier //Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé. – 2013. – 147 c.

64. Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. – 2012. – 608 c.

65. Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. – 2011. – 579 c.

66. Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. – 2013. – 621 c.

67. Culyer, A., Posnett, J. Hospital behaviour and competition/ A. Culyer, J. Posnett // Competition in health care: reforming the NHS. Basingstoke, Macmillan. — 1990. C. 12-47.

68. Davis, K., Schoen, C., Stremikis, K. Mirror, mirror on the wall: How the performance of the US health care system compares internationally/ K. Davis, C. Schoen, K. Stremikis . – The Commonwealth Fund: Washington DC. – 2014. – 32 c.

69. Dranove, D., Satterthwaite, M. A. The industrial organization of health care markets/ D. Dranove, M. A. Satterthwaite //Handbook of health economics. – 2000. – T. 1. - C. 1093-1139.

70. Enthoven, A. C. Market forces and efficient health care systems/ A. C. Enthoven //Health Affairs – 2004 – T. 23 – №. 2. - C. 25-27.

71. Enthoven, A. C. The history and principles of managed competition/ A.C. Enthoven //Health affairs. – 1993. – T. 12. – №. suppl 1. – C. 24-48

72. Enthoven, A.C., Tollen, L. A. Toward a 21st century health system/A.C. Enthoven, L.A. Tollen. - San Francisco: Jossey-Bass, - 2004. - C. 46-61.

73. Enthoven, A.C., Tollen, L.A. Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency/ /A. C. Enthoven, L. A. Tollen // Health Affairs-Millwood VA then Bethesda MA. — 2005. - T. 24. - № 5. - C. 421-430.

74. Figueras, J. Purchasing to improve health systems performance/ J. Figueras, R Robinson., Jakubowski E. - McGraw-Hill International, - 2005. – 322 c.

75. Gaynor, M. What do we know about competition and quality in health care markets? /M. Gaynor // National Bureau of Economic Research. - 2006. – №. 12301. – 40 c.

76. Georgescu, I., Commeiras, N. Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins/ I. Georgescu, N. Commeiras // Journal de gestion et d'économie médicales. - 2012. - T. 29. - № 6. - C. 294-304.

77. Getzen, T.E. Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures/ T.E. Getzen // Journal of Health Economics. - 2000. - T. 19. - № 2, C. 259-270.

78. Getzen, T.E. Health economics: fundamentals and flow of funds/ T.E. Getzen. - John Wiley & Sons New York, - 1997. - 464 c.

Grossman, M. On the concept of health capital and the demand for health/ M. Grossman //The Journal of Political Economy. – 1972. - C. 223-255.

79. HCSP. La santé en France et en Europe: convergences et contrastes/ l'HCSP // Collection Avis et Rapports. - Paris, La Documentation Française. - 2012. – 265 c.

80. Hébert, R., Tourigny, A., Raîche, M. PRISMA volume II. L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action/ R. Hébert, A. Tourigny, M. Raîche. - Québec (Canada): EDISEM. – 2007. – С. 271-296.

81. Hsiao, W. C. Abnormal economics in the health sector/ W.C. Hsiao //Health policy. – 1995. – №. 1. - С. 125-139.

82. Kambia-Chopin, B., Perronnin, M., Pierre, A., Rochereau, T. La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire/B. Kambia-Chopin, M. Perronnin, A. Pierre, T. Rochereau. // Questions d'économie de la santé. - 2008. - Т. 132. - С. 1-4.

83. Kongstvedt, P. Essentials of managed health care/ P. Kondstvedt. - Jones & Bartlett Publishers - 2012. – 677 с.

84. Kutzin, J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements/ J. Kutzin // Health policy. - 2001. - Т. 56. - № 3. - С. 171-204

85. Le Grand, J. Quasi-markets and social policy/ J. Le Grand // The Economic Journal. – 1991. - С. 1256-1267.

86. Le Grand, J. The Economics of Social Problems/ J. Le Grand, C. Propper, S. Smith. - UK, Basingstoke: Palgrave MacMillan, 4th edition, 2008. - С. 43-64.

87. Le Menn, J., Milon, A. Rapport d'information enregistré à la Présidence du Sénat le 25 juillet 2012 au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé/ J. Le Menn, A. Milon// Sénat : session extraordinaire de 2011-2012. - 2012.- № 703 – 341 с.

88. Loi de financement de la sécurité sociale 2014 en chiffres [Электронный ресурс]. – France. – 2014. - Режим доступа: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la_lfss_2014_en_chiffres.pdf

89. Musgrove, P. Public and private roles in health: theory and financing patterns/P. Musgrove. - The World Bank: Washington DC. – 1996. – 97 с.

90. National plan for «Alzheimer and related diseases» 2008-2012 [Электронный ресурс]. – France. – Режим доступа: http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012_uk.pdf

91. Noël, A. La Cour des Comptes appelle à l'effort contre le déficit de la Sécurité sociale / A. Noël //Actualités Pharmaceutiques. – 2012. – T. 51. – №. 519. – C. 7.

92. Or, Z., Renaud, T. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)/ Z. Or, T. Renaud // Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. Paris (France): Institut de recherche et documentation en économie de la santé. — 2009. - C. 10-24.

93. Patient protection and affordable care act [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://democrats.senate.gov/pdfs/reform/patient-protection-affordable-care-act-as-passed.pdf .

94. Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 [Электронный ресурс]. – Stratégie national de santé. - 2014 – Режим доступа: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf

95. Popovich, L. Russian Federation: health system review/ L. Popovich. - World Health Organization, 2011. – 217 c.

96. Porter, M. E., Teisberg, E. O. Redefining health care: creating value-based competition on results/ M.E. Porter, E.O. Teisberg. – Harvard Business Press, 2006. - 507 c.

97. Rechel, B. Health and health systems in the Commonwealth of Independent States/ B. Rechel //The Lancet. – 2013. – T. 381. – №. 9872. C. 1145-1155.

98. Rice, T. The state of PPOs: results from a national survey/ T. Rice [и др.] //Health Affairs. – 1985. – T. 4. – №. 4. - C. 25-40.

99. Saltman, R.B., Von Otter, C. Planned markets and public competition: strategic reform in Northern European health systems/ R.B. Saltman, C. Von Otter. - Open University Press, 1992. - 178 c.

100. Sandier, S. Health care systems in transition: France/S. Sandrier [и др.]. – WHO. - 2004. – 156 c.

101. Schut, F.T., Van de Ven, W.P. Rationing and competition in the Dutch health care system/ F. T. Schut, W.P. Van de Ven// Health economics. - 2005. - T. 14. - № S1. - C. 59-74.

102. Shishkin, S., Burdyak, A., Potapchik, E. Patient choice in the post-Semashko health care system/ S. Shishkin, A. Burdyak, E. Potapchik //Higher School of Economics Research Paper No. WP BRP. – 2013. – T. 9. – 29 c.

103. Shishkin, S.V., Vlassov, V.V. Russia's healthcare system: in need of modernization/ S.V. Shishkin, V.V. Vlassov // BMJ. - 2009. - T. 338. – C. 141-143

104. Stiglitz, J. E. Information and economic analysis: a perspective/ J.E. Stiglitz //The Economic Journal. – 1985. - C.21-41.

105. Tabuteau, D. Loi de santé publique et politique de santé/ D. Tabuteau //Santé publique. – 2010. – T. 22. – №. 2. – C. 253-264

106. The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage [Электронный ресурс]// WHO. – 2010 – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/4/9789244564028_rus.pdf?ua=1.

107. The world health report 2013: research for universal health coverage [Электронный ресурс]// WHO. – 2013. - Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/17/9789240690868_rus.pdf?ua=1.

108. Waddington, C., Egger, D. Integrated health services – what and why/ C. Waddington, D. Egger. - Geneva: World Health Organization. – 2008. – 10 c.

IV. Интернет-источники

109. База данных Всемирной организации здравоохранения. Режим доступа: http://www.who.int/whosis/en/ .

110. База данных лекарственных препаратов, электронный ресурс правительства Франции. Режим доступа: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php .

111. Биржа страховых планов США. Режим доступа: https://www.healthcare.gov/

112. Национальные конференции по здравоохранению Франции. Режим доступа: http://www.sante.gouv.fr/la-conference-nationale-de-sante.html.

113. Национальный институт статистики и экономических исследований (Insee) Франции. Режим доступа: http://www.insee.fr/fr/default.asp .

114. Национальный фонд солидарности для автономии Франции. Режим доступа: http://www.cnsa.fr/.

115. Официальный сайт исследовательского проекта «Тарификация по циклам лечения». Режим доступа: http://tcs.hypotheses.org.

116. Официальный сайт механизма MAIA на территории департамента «Приморские Альпы». Режим доступа: http://www.maia06.fr/?q=dispositif-maia-alpes-maritimes.

117. Официальный сайт Министерства здравоохранения США. Режим доступа: https://www.healthcare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period.

118. Официальный сайт Министерства здравоохранения Франции. Режим доступа: http://www.sante.gouv.fr/.

119. Официальный сайт Министерства иностранных дел Российской Федерации. Режим доступа: http://www.mid.ru/home.

120. Официальный сайт Министерства экономического развития и торговли РФ. Режим доступа: http://www.economy.gov.ru/ .

121. Официальный сайт системы социального страхования Франции. Режим доступа: http://www.securite-sociale.fr/Les-sources-de-financement-de-la-Securite-sociale.

122. Официальный сайт Управления исследованиями, оценкой и статистики системы здравоохранения Франции (DREES). Национальные счета здравоохранения. Режим доступа: http://www.drees.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante,1178.html.

123. План внедрения механизма MAIA. Режим доступа: http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html.

124. План развития механизма MAIA в департаменте «Приморские Альпы». Режим доступа: http://www.ars.paca.sante.fr/Deploiement-des-dispositifs-MA.116142.0.html .

125. Портал исследовательской программы по интеграции медицинской и медико-социальной помощи для лиц пожилого возраста в Квебеке (Канада). Режим доступа: http://www.prisma-qc.ca/cgi-ole/cs.waframe.singlepageindex.

126. Портал Региональных агентств здравоохранения Франции. Режим доступа: http://www.ars.sante.fr/portail.0.html.

127. Статистическая база данных Министерства здравоохранения РФ. Режим доступа: http://static3.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/019/924/original/Госпрограмма.pdf?1398331787.

128. Статистическая база данных ООН. Режим доступа: http://www.un.org/ru/databases/.

129. Статистическая база данных ОЭСР. Режим доступа: https://data.oecd.org/

130. Федеральная служба государственной статистики РФ. Режим доступа: http://www.gks.ru/.

131. Фонд общественного благосостояния. Режим доступа: http://www.commonwealthfund.org.

Приложение 1

Показатели оценки эффективности деятельности систем здравоохранения, используемые в развитых странах

Область оценки	Описание мероприятия	Примеры и показатели
Общественное здоровье	Оценка сгруппированных данных о здоровье населения	Средняя продолжительность жизни
		Предотвратимая смертность
		Средний возраст смерти
		Потерянные годы здоровой жизни
Показатели индивидуального здоровья	Оценка состояния индивидуального здоровья, которая может относиться к оценке здоровья населения в целом или по группам	Краткая форма: Short Form 36 (SF-36); EQ5D
	Показатели различного состояния здоровья	Специфические оценки в соответствии с заболеванием: шкала оценки влияния артрита на качество жизни; Анкета при болезни Паркинсона (PD-39)
Клиническое качество и правильность лечения	Оценка услуг и ухода, получаемого пациентами для достижения ожидаемых результатов	Оценка результатов: состояние здоровья; повторная госпитализация после определенных операций и уровень смертности
	Оценки, используемые для определения применения наилучших практических подходов в лечении и правильности их применения	Оценка процесса: частота измерения артериального давления
Соответствие системы здравоохранения общественным предпочтениям	Оценка способа лечения пациентов и условий, в которых это лечение производится	Определение информированности пациента
	Оценки, связанные с вопросами достоинства пациентов, независимости, конфиденциальности, общения, работы справочной службы, общественной поддержки и качества основных удобств.	Оценка степени удовлетворения пациентов
Объективность	Оценки степени объективности в здравоохранении, доступности, ответственности и финансирования системы здравоохранения	Оценка загруженности
		Уровень доступности
		Отношение использование-потребность
		Предельные затраты
Продуктивность	Оценки продуктивности системы здравоохранения, организаций здравоохранения и отдельных врачей системы здравоохранения	Производительность труда
		Оценка рентабельности
		Техническая эффективность (результат/затраты)
		Эффективность распределения ресурсов (оцениваемая готовность платить)

Источник: Смит П. К., Моссиалос Е., Папаниколас И. Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы //Справочный документ ВОЗ. – 2008. – 33с.

Приложение 2

Топ-10 стран рейтинга Bloomberg (2014 г.) по эффективности систем здравоохранения

РЕЙТИНГ 2014	РЕЙТИНГ 2013	СТРАНА	ОЦЕНКА	№ 1	№ 2	№ 3
1	2	Сингапур	78,6	82,1	4,5	2,426
2	1	Гонконг	77,5	83,5	5,3	1,944
3	6	Италия	76,3	82,9	9	3,032
4	3	Япония	68,1	83,1	10,2	4,752
5	8	Южная Корея	67,4	81,4	7	1,703
6	7	Австралия	65,9	82,1	9,1	6,140
7	4	Израиль	65,4	81,7	7	2,289
8	19	Франция	64,6	82,6	11,8	4,690
9	12	ОАЭ	64,1	77	3,2	1,343
10	14	Великобритания	63,1	81,5	9,4	3,647
21	**17**	**Канада**	**52,9**	**81,2**	**11**	**5,741**
23	**30**	**Германия**	**51,6**	**80,9**	**11**	**4,683**
44	**46**	**США**	**34,3**	**78,7**	**17,2**	**8,895**
51	**—**	**Россия**	**22,5**	**70,5**	**6,3**	**887**

8 стран	*- страны с преимущественно бюджетной моделью финансирования здравоохранения*
7 стран	*- страны с социально-страховой моделью финансирования здравоохранения*

Три показателя, которые определяют эффективность системы здравоохранения указаны в таблице под своими номерами, соответственно — от № 1 до № 3:

1. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет).
2. Государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения.
3. Стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения (в долларах США).

Источник: составлено автором на основе Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. — 2014.09.22. URL: http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887

Приложение 3

Оценка эффективности систем здравоохранения, 2014 г.

	Австралия	Канада	Франция	Германия	Нидерланды	Новая Зеландия	Норвегия	Швеция	Швейцария	Великобритания	США
Общий рейтинг	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Качество медицинской помощи:	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Эффективность	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Безопасность	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Координированность	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Ориентированность на пациента	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Доступ к медицинской помощи:	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Проблема стоимости мед. услуг	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Проблема времени ожидания	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Эффективность	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Равенство	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Качественно прожитые годы (QALY)	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11

Источник: Rechel B., Roberts B., Richardson E., Shishkin S., Shkolnikov V.M., Leon D.A., Bobak M., Karanikolos M., McKee M. Health and health systems in the Commonwealth of Independent States

Приложение 4

Финансирование основных видов медицинских товаров и услуг Франция, 2004-2012 гг.

	2004		2010		2012	
	млрд. евро	**%**	**млрд. евро**	**%**	**млрд. евро**	**%**
Стационарная медицинская помощь	**65,9**	**100**	**81,3**	**100**	**85,1**	**100**
Система социального обеспечения (система страхования по болезни)	60,9	92,4	73,9	90,9	77,2	90,8
Государственные расходы и расходы системы государственного медицинского страхования малоимущих граждан	0,7	1,0	0,9	1,1	0,9	1,1
Система дополнительного медицинского страхования* **	2,5	3,8	4,1	5,1	4,4	5,2
Личные платежи граждан	1,8	2,7	2,4	3,0	2,5	3,0
Амбулаторная медицинская помощь	**36,2**	**100**	**44,1**	**100**	**47,3**	**100**
Система социального обеспечения (система страхования по болезни)	23,3	64,5	27,7	63,0	29,5	62,5
Государственные расходы и расходы системы государственного медицинского страхования малоимущих граждан	0,6	1,7	0,8	1,8	0,8	1,8
Система дополнительного медицинского страхования* **	7,9	21,9	9,8	22,2	10,6	22,4
Личные платежи граждан	4,3	11,9	5,8	13,1	6,3	13,4
Лекарственные средства	**29,6**	**100**	**34,5**	**100**	**34,3**	**100**
Система социального обеспечения (система страхования по болезни)	20,0	67,4	22,7	65,8	22,6	65,9
Государственные расходы и расходы системы государственного медицинского страхования малоимущих граждан	0,5	1,5	0,4	1,2	0,4	1,2
Система дополнительного медицинского страхования* **	5,2	17,7	5,4	15,7	5,0	14,6
Личные платежи граждан	4,0	13,4	6,0	17,3	6,3	18,3
Другие медицинские товары и услуги* **	**8,3**	**100**	**11,6**	**100**	**12,8**	**100**
Система социального обеспечения (система страхования по болезни)	3,2	38,6	4,9	42,1	5,3	41,7
Государственные расходы и расходы системы государственного медицинского страхования малоимущих граждан	0,1	0,8	0,1	0,7	0,1	0,8
Система дополнительного медицинского страхования* **	2,6	31,4	4,2	36,0	5,0	38,7
Личные платежи граждан	2,4	29,2	2,4	21,1	2,4	18,8

* В т.ч. организации взаимопомощи, страховые компании и организации дополнительного страхования по старости и инвалидности

** включая платежи по программе дополнительного государственного медицинского страхования для малоимущих граждан, выплачиваемые данными организациями

*** Протезы, инвалидные коляски, ортезы, оптические товары, перевязочные материалы и т.д.