

УДК 338.46

Шибалков Иван Петрович,
соискатель каф. экономики
ФГАОУ ВО «Национальный
исследовательский
Томский политехнический
университет»,
Россия, 634050, г. Томск,
пр. Ленина, 30.
E-mail: shibalkov.ivan@yandex.ru

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ
HEALTHCARE SYSTEM EFFICIENCY EVALUATION:
FOREIGN EXPERIENCE**

И.П. Шибалков
I.P. Shibalkov

Томский политехнический университет, Россия
Tomsk Polytechnic University, Russia
E-mail: shibalkov.ivan@yandex.ru

Актуальность представленного исследования определяется возрастающим в последние десятилетия значением качества жизни населения при реализации текущей государственной политики и планирования стратегического развития страны. Как в развитых, так и в развивающихся странах острой остается проблема повышения эффективности государственного управления в сфере здравоохранения. В настоящее время не существует единой, наиболее эффективной модели системы здравоохранения, что приводит к необходимости проведения реформ даже в странах с высокими показателями здоровья населения и уровня жизни. **Цель работы:** проанализировать специфические особенности формирования и функционирования моделей здравоохранения, обобщить опыт применения различных методов управления системой здравоохранения в развитых и развивающихся странах. **Методы исследования.** Для исследования проблемы в качестве инструментально-методического аппарата используются дескриптивные методы исследования, метод аналогии, группировок, научно-фактологический, системный, сравнительный и ретроспективный анализ с применением общенаучных методов исследования – индукции, дедукции, сбора и обработки статистической информации, являющейся основой для сравнений развития инструментов управления здоровьем населения, применяемых в зарубежных странах. **Результаты.** Анализ направлений развития систем здравоохранения развитых и развивающихся стран позволяет сделать вывод о том, что цели, задачи и механизмы развития могут быть как схожи, так и существенно отличаться, в зависимости от существующей системы оказания медицинской помощи. Поиск оптимальной модели, происходящий как в развитых, так и в развивающихся государствах, связан с невозможностью создания единого подхода к построению системы здравоохранения, который бы обеспечил создание наиболее эффективной системы оказания медицинской помощи. Эффективность функционирования системы здравоохранения и степень достижения поставленной перед ней цели улучшения состояния здоровья населения связаны не столько с реализацией конкретных методов управления, сколько с социально-экономическими условиями их реализации и существующей системой оказания медицинской помощи. Это подтверждается сходными темпами прироста ожидаемой продолжительности жизни при рождении в развитых странах, несмотря на существенное различие в инструментах управления.

Ключевые слова: модели здравоохранения, медицинское страхование, система Семашко, частная система здравоохранения, зарубежный опыт.

*The relevance of the research is determined by the increasing value of population life quality due to current national policy and state strategic management. In both developed and developing countries the problem of increasing the efficiency of public administration in the health sector remains relevant. Currently there is no single one most effective healthcare system model which leads to the necessity of reforming healthcare systems, even in countries with high levels of public health and quality of life. **The main aim of the study** is to analyze specific features of healthcare systems, summarize the experience of health system management in developed and developing countries. **Methods.** As instrumental and methodological apparatus to investigate the problem, we used descriptive research methods, analogy method, groups method, scientific, factual, systematic, comparative and retrospective analysis with scientific methods of research – induction, deduction, methods of collection and processing of statistical information, which is the basis for the comparison of health population management tools used in foreign countries. **Results.** An analysis of development trends in*

developed and developing countries' healthcare systems leads to the conclusion that the goals, objectives and mechanisms of development can be both similar and differ significantly, depending on the existing healthcare system. The search of optimal model in both developed and developing countries is associated with the lack of possibility to create a unified approach to healthcare system development, which could ensure the creation of the most effective model. The effectiveness of the healthcare system, progress in achieving its goal (to improve population health) depends on the implementation of specific control methods as well as on social and economic conditions of their implementation. This is confirmed by similar growth rate of life expectancy at birth in developed countries, despite the significant difference in the management tools.

Key words: *healthcare system, health insurance, Semashko system, private healthcare system, international experience.*

В течение последнего десятилетия в России вопросам качества жизни населения уделяется особое внимание при реализации текущей государственной политики и планирования стратегического развития страны. Эта ситуация актуализирует вопросы повышения эффективности государственного управления в данной сфере, что требует применения адекватных методов оценки эффективности реализуемой политики, учитывающих региональную специфику и отечественный и зарубежный опыт в данной сфере. В мире насчитывается огромное множество конкретных форм организации системы охраны здоровья населения, утвердившихся под влиянием экономических, политических, культурно-исторических, нравственно-этических факторов, причем схожий уровень социально-экономического развития далеко не всегда означает аналогичного сходства систем здравоохранения. Например, развитыми странами используются различные модели медицинских систем: либеральная (США), корпоративная (Япония), социал-демократическая (страны Скандинавии) и т. д. При этом эволюция систем здравоохранения показывает, что под влиянием глобализации, с одной стороны, возрастает роль рыночных механизмов, с другой – усиливается контроль со стороны государства и (или) международных организаций. Это проявляется в том, что все большее распространение получает страховое финансирование, поощряется конкуренция между поставщиками медицинских услуг, растет охват населения страны медицинской помощью, внедряются международные стандарты качества.

Рассмотрим специфические особенности формирования и функционирования моделей здравоохранения.

В зависимости от способов финансирования, форм и методов контроля объема и качества медицинской помощи, механизмов стимулирования поставщиков и потребителей медицинских услуг выделяют три основных модели системы здравоохранения: Бисмарка (страховая); Бевериджа (государственная); Семашко (являющаяся разновидностью государственной системы) и частная [1]. Первые три модели строятся на предпосылке, что доступ человека к медицинским услугам не зависит от его благосостояния: богатые платят за бедных, здоровые – за больных, в частной же модели медицинские услуги рассматриваются как любой другой товар.

В настоящее время не существует единой, наиболее эффективной модели системы здравоохранения, что приводит к необходимости проведения реформ даже в странах с высокими показателями здоровья населения и уровня жизни.

Наиболее широко используется в мировой практике страховая система здравоохранения (Бисмарка). Имея децентрализованный характер управления (на региональном уровне), система Бисмарка финансируется из трех источников: страховые взносы предприятий, субсидии государства и расходы самого застрахованного. Доминирующее значение в финансировании системы имеют платежи населения и предприятий. Государственные расходы в основном складываются из платежей на неработающее население, а также финансирование социально значимых видов помощи и целевых программ (например, психиатрическая помощь, при которой лечение пациента может занимать до нескольких лет, что очень невыгодно для страховых компаний и, как правило, не входит в стандартные страховки населения).

В странах со страховой системой здравоохранения, как правило, существует два вида медицинского страхования: обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование (ДМС).

Следует отметить, что целевой характер финансирования системы Бисмарка позволяет более гибко и оперативно реагировать на расширение потребностей в медицинских услугах.

Она предлагает населению широкий выбор страховых компаний, медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, а также врачебного и сестринского персонала. Конкуренция между организациями (страховыми и медицинскими) способствует повышению качества медицинской помощи. Система Бисмарка предполагает четкое распределение функций и обязанностей между государством, финансирующими органами и медицинскими учреждениями, вместе с тем, на наш взгляд, она имеет ряд проблем:

- неравная доступность медицинской помощи для различных социальных групп и отдаленных территорий;
- неоправданный рост стоимости медицинских услуг;
- недостаточный учет интересов пациентов, входящих в группы высокого риска, длительно находящихся в стационаре или оставшихся вне системы социального страхования;
- наличие ДМС нарушает принцип «богатые платят за бедных, здоровые – за больных».

В качестве примера успешного функционирования системы здравоохранения Бисмарка рассмотрим немецкий опыт. Большинство экспертов сходятся во мнении, что система здравоохранения Германии является одной из самых эффективных в мире и продолжает постоянно совершенствоваться [2]. Однако основной проблемой немецкого здравоохранения была и остается высокая стоимость медицинских услуг и фармацевтических препаратов. В связи с этим немецким правительством активно проводится реформирование системы здравоохранения по двум направлениям.

В рамках первого направления в начале 2000-х годов были проведены: оптимизация расходов на медицинские услуги; введены различные льготы (для детей младше 18 лет дополнительных платежей нет); введена электронная карточка, содержащая медицинские данные о человеке, что позволяет избежать необходимости повторных исследований. Был создан Институт качества и экономической эффективности здравоохранения. Институт проводит анализ терапевтического воздействия препаратов, создает клинические рекомендации по лечению заболеваний, занимается научной деятельностью по вопросам качества и финансовой рациональности услуг, а также предоставляет населению информацию о качестве и эффективности работы системы здравоохранения. Данное нововведение позволяет Германии экономить до 3,3 миллиардов евро в год [3]. В рамках второго направления был расширен список компенсируемых препаратов и предоставлена возможность провизорам устанавливать стоимость лекарств.

Примером внедрения системы здравоохранения Бисмарка является опыт Болгарии. До внедрения страховой системы в Болгарии функционировала государственная модель здравоохранения. Целью перехода к страховой медицине было создание эффективной и отвечающей нуждам пациентов системы, однако внедрение страхового принципа не дало ожидаемого результата. Система финансирования, основанная только на страховых взносах, оказалась не в состоянии обеспечить достаточный объем средств – около миллиона человек отказались от участия в программе всеобщего ОМС, что привело к тому, что тех, кто производит отчисления на медицинское страхование, меньше, чем тех, кто пользуется предоставляемыми им льготами [4]. Это подтолкнуло правительство к новым реформам: легализация частной практики и ее участие в системе ОМС, реструктуризация сектора первичной медико-санитарной помощи, введение института врачей общей практики, а также применение клинических алгоритмов обследования и лечения. В настоящее время правительством Болгарии также проводится активная политика по реформированию системы здравоохранения, направленная на достижение показателей наиболее развитых европейских стран и сближение с системой Европейского союза: эффективное внедрение законодательства Европейского союза и освоения средств Европейского союза. Средства Европейского союза планируется инвестировать в здравоохранение и направить на рост эффективности и реструктуризацию больничной сети, а также на развитие трудовых ресурсов.

Основными направлениями реформы (система здравоохранения Болгарии в последние годы развивалась по «Национальной стратегии здравоохранения на 2007–2012 гг.») стали стандартизация (в данном направлении совершенствовалась система аккредитации медицинских учреждений и разработка стандартов; оплата услуг учреждений зависит от качества оказываемых

мой ими медицинской помощи) и информатизация здравоохранения (в Болгарии много усилий прилагается к созданию электронных медицинских карт, которые дают возможность работы в электронном виде с направлениями на лечение и обследование, а также выписку рецептов), что дало существенные результаты как в медицинской, так и финансовой части [5]. Новая стратегия в области здравоохранения на период 2014–2020 гг. сосредоточена на решении отдельных проблем, таких как региональное неравенство, дефицит специалистов в отрасли, борьба с коррупцией; особое внимание уделяется межсекторальному сотрудничеству и участию граждан в управлении системой (достижению широкого социального и политического консенсуса). Критики данной стратегии отмечают, что она не включает в себя конкретных мер для достижения заявленных целей [6].

Государственная система здравоохранения (системы Бевериджа, Семашко) также представлена как в развитых странах (Великобритания, Канада), так и в развивающихся.

Основными характеристиками государственной системы здравоохранения являются:

- центральное и региональное планирование (при планировании медицинской помощи преимущество имеет центральное планирование, несмотря на то, что учитываются и особенности развития регионов. Управление системой здравоохранения осуществляется централизованно через высший орган руководства системой здравоохранения);
- финансирование здравоохранения путем прямого налогообложения (все средства формируются, как правило, в федеральном бюджете и распределяются сверху вниз по управленческой вертикали. Такое централизованное финансирование позволяет контролировать рост стоимости медицинских услуг);
- контроль качества медицинских услуг со стороны государства;
- охват медицинской помощью всего населения (государственная система обеспечивает равенство граждан в получении медицинской помощи. При такой системе основная часть медицинских учреждений принадлежит государству).

Государство обеспечивает подготовку медицинских кадров, планирует развитие сети медицинских организаций, финансирует текущие и инвестиционные расходы системы здравоохранения, развивает медицинскую науку, проводит профилактические мероприятия и обеспечивает бесплатную медицинскую помощь населению.

В числе основных проблем, характерных для государственной системы здравоохранения, можно назвать:

- недостаточное стимулирование медицинских организаций по повышению их эффективности;
- централизованное сдерживание государством роста расходов на здравоохранение;
- недостаточный учет мнения пациента при выборе врача и медицинского учреждения;
- очередь – регулятор обеспечения медицинской помощи, в связи с чем обеспеченные группы населения предпочитают обращаться к частнопрактикующим врачам;
- недостаточный выбор условий госпитализации с точки зрения пациента.

Великобритания стала одной из первых стран, внедрившей государственную систему здравоохранения. С 1911 года в Великобритании существовала система здравоохранения, охватывавшая около 1/3 населения, а в 1948 году была учреждена всеобщая, бесплатная служба здравоохранения (Национальная служба здравоохранения – National Health Service, или NHS) [7]. С момента основания государственная система имела важную отличительную особенность, которая сохранилась по настоящее время, – оплата врачей «общей практики» подушевым методом (капитация). Это метод оплаты, при котором бюджет, получаемый одной частной практикой, зависит в первую очередь от количества зарегистрированных на постоянной основе пациентов. Таким образом, основной принцип капитации – деньги следуют за пациентом, пациенты в этом случае имеют возможность отчасти регулировать спрос по законам свободного рынка, так как обладают правом свободного выбора врача [8]. Сегодня ежегодно получаемая врачом общей практики в Великобритании сумма зависит от количества пациентов, которые зарегистрировались как его пациенты, от их пола и возраста и социального статуса. Это основополагающая черта системы здравоохранения, вокруг которой по большей части и проводились все реформы в течение XX века. После учреждения всеобщей бесплатной службы здравоохранения

возникла серьезная проблема морального вреда (moral hazard): так как врачи общей практики финансировались государством, пациенты, которые больше не платили за свое лечение, стали злоупотреблять медицинскими услугами, т. е. пользоваться ими без реальных оснований. Многократно возросшие расходы государства на здравоохранение привели к введению соплатежей пациентов. В целях урегулирования рисков, связанных с нозологиями, которые требуют серьезного дорогостоящего лечения, врачам было разрешено объединяться в группы фондодержателей, причем между группами врачей сохранялась конкуренция. Такая структура системы здравоохранения позволила Великобритании расходовать почти в два раза меньше средств в отношении к ВВП по сравнению с другими высокоразвитыми странами [8].

Однако со временем государственные расходы на здравоохранение увеличивались (критики NHS связывали это, в частности, с возрастающими расходами на администрацию и бюрократию). На содержание NHS в Великобритании стало тратиться до 17 % государственного бюджета [9], что в совокупности со старением населения привело к необходимости реформирования системы здравоохранения.

Основными направлениями проходящей реформы являются сокращение управленческих затрат и более активное участие частного сектора медицины в оказании услуг населению.

Первое направление предполагает изменение модели финансирования и роли врача в нем. До реформы основную распределительную функцию выполняли менеджеры региональных отделений системы здравоохранения (трасты). Денежные средства использовались для планирования и оплаты медицинских услуг. Согласно реформе, эта функция должна перейти к группам клинических заказов, состоящих из врачей.

Вторым направлением реформы является рост объема медицинских услуг, оказываемых частными организациями, что должно привести к увеличению конкуренции и снижению стоимости [10].

Среди развитых стран государственная система здравоохранения также представлена в Дании.

Система здравоохранения Дании предоставляет бесплатную медицинскую помощь всему населению страны (кроме стоматологии и физиотерапии, за которые пациенты вносят соплатежи) и имеет свои уникальные отличительные черты, сформированные, в том числе, реформами последнего десятилетия [11].

Одной из таких особенностей является свобода выбора пациентом учреждения здравоохранения. Пациент, имея назначение от врача общей практики, может выбрать для госпитализации любую государственную больницу. В 2002 году это право было расширено и пациент, ожидающий лечения два и более месяца (с 2007 года – один месяц), мог также выбирать из некоторых частных и зарубежных клиник. Однако количество пациентов, пользующихся данным правом, незначительно, так как обычно длительность ожидания госпитализации не превышает установленных норм.

Еще одной особенностью является оплата части медицинской помощи по клинико-статистическим группам (основная часть оплачивается по блочным бюджетам).

К направлениям реформирования системы здравоохранения Дании относится стандартизация методов лечения и аккредитация учреждений здравоохранения, проводимые для повышения качества оказываемых медицинских услуг. В настоящее время проводится реорганизация больничной инфраструктуры с усилением роли неотложной помощи и снижением числа госпитализаций в стационар, а также совершенствуется система взаимодействия муниципальных, частных и региональных поставщиков медицинских услуг [12].

Примером государственной системы здравоохранения среди развивающихся стран является Казахстан.

В 1991 году Казахстан унаследовал советскую модель здравоохранения, которая характеризовалась государственным регулированием и централизованным планированием; одним из основополагающих принципов системы был всеобщий и бесплатный доступ населения к медицинской помощи [13]. Основные изменения в структуре и регулировании системы здравоохранения произошли в 1990-х годах и включали: попытки передачи полномочий управления областным властям, введение обязательного медицинского страхования и реструктуризацию сектора первичной медико-санитарной помощи. К сожалению, эти реформы нельзя назвать

успешными. В настоящее время система предоставления медицинских услуг по-прежнему достаточно фрагментирована и не в полной мере обеспечивает преемственность оказания медицинской помощи. Финансирование здравоохранения формируется из двух источников: государственный бюджет (республиканский и областной) и личные платежи граждан. Бюджетное финансирование здравоохранения было вновь введено в Казахстане в 1999 году после неудачной попытки ввести систему обязательного медицинского страхования [14]. Отсутствует четкое взаимодействие между первичным и вторичным звеньями медицинской помощи, многие услуги предоставляются несколькими параллельными структурами: например, как противотуберкулезной, так и санитарно-эпидемиологической службами, а также ведомственными системами здравоохранения при различных министерствах и ведомствах. Слабая горизонтальная интеграция приводит к дублированию функций и неэффективному использованию ресурсов здравоохранения.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 гг. была направлена на решение этих и других проблем. В рамках программы предполагалось усиление взаимодействия различных структур здравоохранения, совершенствование системы финансирования, а также развитие профилактической службы и повышение оснащенности медицинских организаций [15].

Необходимо отметить, что Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан на 2016–2019 гг. вновь запланировано создание в стране системы обязательного социального медицинского страхования [16]. Дальнейшее развитие системы здравоохранения предполагает формирование в 2017 году трёхуровневой системы предоставления медицинской помощи, где ответственность за здоровье граждан распределяется между государством, работодателями и работниками. При этом первый уровень представляет базовый пакет или перечень гарантированной государством медицинской помощи, финансируемый за счет республиканского бюджета (ГОБМП); второй уровень будет включать в себя дополнительный пакет или перечень медицинской помощи, определяемый Правительством Республики Казахстан и финансируемый за счет обязательных страховых платежей государства, работодателей и работников; третий уровень будет предусматривать индивидуальный пакет или перечень услуг, определяемый на добровольной договорной основе между страховыми компаниями и плательщиками взносов, финансируемых за счет добровольных отчислений граждан или работодателей в пользу своих работников.

При частной системе здравоохранения отсутствует механизм влияния на территориальное распределение медицинских служб (деньги распределяются только на те территории, которые приносят финансовую выгоду бюджету), со стороны государства имеет место недостаточный контроль деятельности лечебных учреждений, широко используются судебные иски в качестве контроля предоставляемых населению медицинских и сервисных услуг. При этой системе здравоохранения отмечено «навязывание» излишних медицинских услуг, поскольку соотношение спроса и предложения неадекватно – спрос существенно ниже предложения.

Подобная система здравоохранения подчинена интересам рынка, в ней медицинская услуга является товаром.

Наиболее ярко частная система здравоохранения представлена в США, где применяются два типа частного медицинского страхования: индивидуальное и групповое, которые финансируются за счет государства, личных средств населения и страховых компаний.

К концу 2000-х годов групповым страхованием в США было охвачено 74 % рабочих и служащих частного сектора экономики и 80 % государственного сектора [17]. За счет средств группового страхования оплачиваются 2/3 всех медицинских услуг. Большинство американских фирм, как правило, обеспечивают коллективное страхование своих рабочих и служащих. 13 % населения имеют как личную страховку, так и страховку работодателей [18]. Мелкие предприятия способны оплачивать только часть медицинской страховки своих работников. Многие компании предпочитают вносить страховые суммы за работников не постоянно, а только тогда, когда лечение необходимо, поэтому в случае увольнения работник фактически оказывается незастрахованным. За счет ДМС оплачивается до 30 % всех медицинских услуг, в том числе больничная и внебольничная медицинская помощь.

Финансируемые государством программы: «Медикейд» (Medicaid) – страхование людей с низкими доходами (в 2008 г. численность застрахованных составила около 58,8 млн человек) и обязательное социальное страхование престарелых и потерявших трудоспособность людей – «Медикер» (Medicare) (в 2010 г. этой программой было охвачено около 47,5 млн человек, из них 39,6 млн людей старше 65 лет и 7,9 млн инвалидов) [19].

Одними из главных проблем частной системы здравоохранения являются высокая стоимость медицинской помощи и низкий приоритет профилактической работы, отсутствие равной доступности медицинской помощи для населения различных социальных групп и недостаточное внимание к пациентам, получающим медицинскую помощь за счет государственного финансирования. В конце 2000-х годов расходы на здравоохранение в США превышали 14 % от ВВП, при этом показатели здоровья населения страны были относительно не высоки, а 15 % населения не имели возможности пользоваться услугами здравоохранения [20].

Данные проблемы привели к необходимости существенного реформирования системы здравоохранения, которое началось с 2010 г. и внесло значительные изменения в организацию медицинской помощи населению. Текущая реформа здравоохранения США проходит согласно закону «О защите пациентов и доступности медицинской помощи» [21], который включает четыре основных направления преобразований.

Первое направление реформы – обязательность медицинского страхования для всего населения. Теперь каждый житель США обязан быть застрахованным. При этом для различных групп населения (малоимущие, молодые люди и т. д.) и работодателей предусмотрены определенные льготы. До реформы страхование было необязательным и объем оказываемых медицинских услуг зависел от дохода человека или желания его работодателя платить за страхование в определенном объеме.

Вторым направлением реформы является регулирование страховых тарифов и объемов медицинской помощи, предоставляемых по страховке. Страховые компании больше не вправе отказывать или устанавливать приоритеты (разную стоимость) для различных групп населения. Государство также определяется базовый пакет страхования, который включает в себя профилактику и диагностику заболеваний, лекарственное обеспечение в поликлинике, долговременный уход и стационарное лечение. Реформой установлена предельная сумма на соплатежи застрахованного в год. Также реформа установила соотношение средств страховых компаний, которые должны быть направлены на лечение пациентов, и собственный доход.

Третьим направлением реформы стало упрощение выбора страхового плана гражданами: создана специальная биржа, на которой можно получить консультацию (в Интернете или по телефону) и выбрать подходящий для себя страховой план.

Наконец, четвертым направлением реформы является регулирование цен на медицинские услуги и повышение их качества: создаются комиссии, которые будут заниматься оценкой эффективности способов лечения, а также страховых компаний и частных врачей.

Несмотря на высокую стоимость реформы, правительство США оценивает ее как экономически эффективную как в прямых, так и косвенных издержках. Общая стоимость реформы составляет около 940 млрд долл. За 10 лет, однако, за счет снижения стоимости медицинской помощи ожидается сокращение дефицита федерального бюджета США на 1 трлн долл. [22]. Также положительным эффектом от реализации программы будет снижение заболеваемости и смертности населения.

Резюмируя анализ направлений развития систем здравоохранения развитых и развивающихся стран, можно сделать вывод о том, что цели, задачи и механизмы развития могут быть как схожи, так и существенно отличаться, в зависимости от существующей системы оказания медицинской помощи. Поиск оптимальной модели, происходящий как в развитых, так и в развивающихся государствах, связан с невозможностью создания единого подхода к построению системы здравоохранения, который бы обеспечил создание наиболее эффективной системы оказания медицинской помощи. Сравнение преимуществ и недостатков различных систем здравоохранения представлено в табл. 1.

Таблица 1. Сравнительная характеристика систем здравоохранения

Система здравоохранения	Достоинства	Недостатки
Страховая	<ul style="list-style-type: none"> • широкий охват населения медицинской помощью; • распределение финансовой нагрузки на здравоохранение между государством и частным сектором; • высокое качество медицинских услуг, связанное с возможностью выбора страховщика населением 	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие равной доступности медицинской помощи для различных социальных групп и отдаленных территорий; • тенденция к неоправданному росту стоимости медицинских услуг; • недостаточный учет интересов пациентов, входящих в группы высокого риска, длительно находящихся в стационаре или оставшихся вне системы социального страхования; • наличие частного страхования нарушает принцип «богатые платят за бедных, здоровые – за больных»
Государственная	<ul style="list-style-type: none"> • полный охват населения медицинской помощью; • широкие регулятивные возможности; • широкий набор инструментов для реализации планов 	<ul style="list-style-type: none"> • недостаточное стимулирование роста эффективности медицинских услуг и обслуживания населения; • централизованное сдерживание государством роста расходов на здравоохранение; • недостаточный учет мнения пациента при выборе врача и медицинского учреждения; • очередь – регулятор обеспечения медицинской помощи, в связи с чем обеспеченные группы населения предпочитают обращаться к частнопрактикующим врачам; • недостаточный выбор условий госпитализации
Частная	<ul style="list-style-type: none"> • конкуренция приводит к повышению качества медицинских услуг; • высокая стоимость медицинской помощи повышает значимость самостоятельной заботы о своем здоровье населения 	<ul style="list-style-type: none"> • высокая стоимость медицинской помощи; • низкий приоритет профилактической работы; • отсутствие равной доступности медицинской помощи для населения различных социальных групп; • отсутствует механизм влияния на территориальное распределение медицинских служб; • происходит «навязывание» излишних медицинских услуг, поскольку спрос на медицинские услуги не в полной мере соответствует предложению

Существующие в мировой практике системы здравоохранения имеют свою специфику, что подтверждает отсутствие универсальных методов управления. Вместе с тем в развитых странах (кроме Дании) государственная политика в сфере здравоохранения направлена, с одной стороны, на оптимизацию расходов на медицинские услуги и лекарства, вне зависимости от того, кто оплачивает эти услуги – государство (Германия, Великобритания) или население (США), с другой стороны, приоритетными направлениями являются: повышение квалификации медицинского персонала, развитие конкурентной среды, соплатежи населения и повышение качества медицинских услуг и стандартизация.

В развивающихся странах (Болгария, Казахстан) государственная политика в области здравоохранения направлена на развитие ресурсной базы здравоохранения, повышение качества медицинских услуг, реструктуризацию сети учреждений.

Проведенный выше анализ показывает существенное различие как финансовых, так и организационных механизмов и инструментов реализации государственной политики в сфере здравоохранения. При этом главной целью системы здравоохранения любой страны является поддержание и укрепления состояния здоровья населения. Наиболее информативным индикатором состояния здоровья, а значит, и достижения поставленной цели является ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин при рождении в анализируемых странах (табл. 2).

Таблица 2. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении, лет [23]

Страна	1990 год		2013 год		Темп прироста, %	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Германия	71,9	78,4	78,3	83,1	8,9	6,0
Великобритания	72,9	78,3	78,6	82,5	7,8	5,4
Дания	72,4	77,9	77,3	81,5	6,8	4,6
США	71,7	78,6	76,5	81,3	6,7	3,4
Болгария	68,2	74,8	70,0	77,3	2,6	3,3
Казахстан	61,1	71	61,0	72,3	-0,2	1,8
Россия	63,2	73,9	61,8	74,4	-2,2	0,7

Таким образом, ожидаемая продолжительность жизни как мужчин, так и женщин возросла во всех анализируемых странах (кроме мужчин в России и Казахстане, где наблюдалось незначительное снижение). При этом темпы прироста в развитых странах отличались несущественно.

Проведенный анализ показывает, что эффективность функционирования системы здравоохранения и степень достижения поставленной перед ней цели улучшения состояния здоровья населения связаны не столько с реализацией конкретных методов управления, сколько с социально-экономическими условиями их реализации и существующей системой оказания медицинской помощи. Это подтверждается сходными темпами прироста ожидаемой продолжительности жизни при рождении в развитых странах, несмотря на существенное различие в инструментах управления, и актуализирует подробное изучение механизма влияния социально-экономических условий на состояние здоровье населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клисов Ф.В. Классификация наиболее известных систем здравоохранения развитых стран // Здравоохранение за рубежом. – 2010. – № 5. – С. 101–102.
2. Борисов К.Н., Задворная О.Л. Реформы здравоохранения в Германии: плюсы и минусы // Международное здравоохранение. – Т. 3 (2). – 2012. URL: http://rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1687:20 (дата обращения: 16.02.2015).
3. Нагребцкий А. Реформирование системы здравоохранения Германии – от хорошего к лучшему // Здоровье Украины. Специализированный журнал для врачей. – 2015. URL: <http://health-ua.com/article/1668.html> (дата обращения: 16.02.2015).
4. Bulgaria: health system review / L. Georgieva, P. Salchev, S. Dimitrova, A. Dimova, O. Avdeeva // Health Systems in Transition. – 2007. – № 9 (1). URL: https://www.researchgate.net/publication/235975367_Bulgaria_Health_system_review (дата обращения: 16.02.2015).
5. Guineva M. The Bulgaria 2011 review: health and healthcare // Sofia News Agency. URL: <http://www.novinite.com/articles/135531/The+Bulgaria+2011+Review%3A+Health+and+Healthcare> (дата обращения: 16.02.2015).
6. Health systems in transition (HiT) profile of Bulgaria. URL: <http://www.hspm.org/countries/bulgaria/22042013/livinghit.aspx?Section=6.2%20Future%20developments&Type=Section> (дата обращения: 16.02.2015).
7. Guide to the healthcare system in England 2013. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/guide-to-the-healthcare-system-in-england> (дата обращения: 16.02.2015).
8. Кучеренко В.З., Данишевский К.Д. Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 7. – С. 5–12.
9. Кокшаров А. Поздно поворачивать обратно // Эксперт. – 2012. – № 6. URL: <http://expert.ru/expert/2012/06/pozдно-povorachivat-obratno/> (дата обращения: 16.02.2015).
10. Нагребцкий А. Система здравоохранения Великобритании – «полвека на страже» // Здоровье Украины. Специализированный журнал для врачей. – 2015. URL: <http://health-ua.com/article/2409.html> (дата обращения: 16.02.2015).
11. Дания: обзор системы здравоохранения // Системы здравоохранения: время перемен. – 2007. – Т. 9. – № 6. – 103 с.
12. International profiles of health care systems 2015. URL: <http://international.commonwealthfund.org/> (дата обращения: 16.02.2015).

13. Казахстан. Обзор системы здравоохранения // Системы здравоохранения: время перемен. – 2012. – Т. 4. – № 14. – 211 с. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/181579/e96451-Rus.pdf (дата обращения: 16.02.2015).
14. Кумарбеков Т.М., Юсупов Д.У. Современные экономические проблемы в здравоохранении Республики Казахстан // Актуальные вопросы экономики и управления в социальной сфере: материалы Международной научно-практической конференции студентов, аспирантов и магистрантов, 5 декабря 2014 г., Алматы. – Екатеринбург: РГППУ, 2015. – 590 с.
15. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы. URL: <http://pandia.ru/text/79/446/57950.php> (дата обращения: 16.02.2015).
16. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 годы // Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. URL: <http://www.mzsr.gov.kz/content/государственная-программа-развития-здравоохранения-республики-казахстан-«денсаулық»-на-2016-> (дата обращения: 16.02.2015).
17. Юсуфов М. Социальные составляющие частнопредпринимательской деятельности в здравоохранении (опыт США) // Общество: политика, экономика, право. – 2010. – № 1. URL: http://domhogs.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/rep/6-2010-1/yusufov.pdf (дата обращения: 16.02.2015).
18. Беляев Ю.М., Черненко Э.М. Организационно-экономическое обеспечение современных стандартов медицинских услуг в зарубежных странах // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 5. Экономика. – 2012. – № 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/organizatsionno-ekonomicheskoe-obespechenie-sovremennyh-standartov-meditsinskih-uslug-v-zarubezhnyh-stranah> (дата обращения: 16.02.2015).
19. Хальфин Р.А., Таджикиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 9. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-zdravoohraneniya-v-ssha-chast-1> (дата обращения: 16.02.2015).
20. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 656 с.
21. Patient protection and affordable care act (ACA): Public Law 111–148. 111th United States Congress. – Washington, D.C.: United States Government Printing Office, 2010.
22. Хальфин Р.А., Таджикиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 2 // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 10. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-zdravoohraneniya-v-ssha-chast-2> (дата обращения: 16.02.2015).
23. Life expectancy. Global health observatory data repository. World Health Organization. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en> (дата обращения: 16.02.2016).

REFERENCES

1. Klisov F.V. Klassifikatsiya naibolee izvestnykh sistem zdravookhraneniya razvitykh stran [Classification of the best known health systems in developed countries]. *Zdravookhranenie za rubezhom*, 2010, no. 5, pp. 101–102.
2. Borisov K.N., Zadornaya O.L. Reformy zdravookhraneniya v Germanii: plyusy i minusy [Health care reforms in Germany: pros and cons]. *Mezhdunarodnoe zdravookhranenie*, vol. 3(2), 2012. Available at: http://rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1687:20 (accessed 16 February 2015).
3. Nagrebetskiy A. Reformirovanie sistemy zdravookhraneniya Germanii – ot khoroshego k luchshemu [Reforming German healthcare system – from good one to the best one]. *Zdorove Ukrainy. Spetsializirovannyi zhurnal dlya vrachev*, 2015. Available at: <http://health-ua.com/article/1668.html> (accessed 16 February 2015).
4. Georgieva L., Salchev P., Dimitrova S., Dimova A., Avdeeva O. Bulgaria: health system review. *Health Systems in Transition*, 2007, no. 9(1). Available at: https://www.researchgate.net/publication/235975367_Bulgaria_Health_system_review (accessed 16 February 2015).
5. Guineva M. The Bulgaria 2011 review: health and healthcare. *Sofia News Agency*. Available at: <http://www.novinite.com/articles/135531/The+Bulgaria+2011+Review%3A+Health+and+Healthcare> (accessed 16 February 2015).
6. *Health systems in transition (HiT) profile of Bulgaria*. Available at: <http://www.hspm.org/countries/bulgaria/22042013/livinghit.aspx?Section=6.2%20Future%20developments&Type=Section> (accessed 16 February 2015).
7. *Guide to the healthcare system in England 2013*. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/guide-to-the-healthcare-system-in-england> (accessed 16 February 2015).

8. Kucherenko V.Z., Danishevskiy K.D. Naibolee izvestnye sistemy zdravookhraneniya razvitykh stran [The most famous of developed countries' health systems]. *Ekonomika zdravookhraneniya*, 2000, no. 7, pp. 5–12.
9. Koksharov A. Pozdno povorachivat obratno [Too late to turn back]. *Ehkspert*. 2012. no. 6. Available at: <http://expert.ru/expert/2012/06/pozdno-povorachivat-obratno/> (accessed 16 February 2015).
10. Nagrebetskiy A. Sistema zdravookhraneniya Velikobritanii – «polveka na strazhe» [UK health care system – "half a century on guard"]. *Zdorove Ukrainy. Spetsializirovannyi zhurnal dlya vrachey*, 2015. Available at: <http://health-ua.com/article/2409.html> (accessed 16 February 2015).
11. Daniya: obzor sistemy zdravookhraneniya [Denmark: an overview of the health care system]. *Sistemy zdravookhraneniya: vremya peremen*, 2007, vol. 9, no. 6, 103 p.
12. *International profiles of health care systems 2015*. Available at: <http://international.commonwealthfund.org/> (accessed 16 February 2015).
13. Kazakhstan. Obzor sistemy zdravookhraneniya [Kazakhstan. Healthcare system overview]. *Sistemy zdravookhraneniya: vremya peremen*, 2012, vol. 4, no. 14, p. 211. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/181579/e96451-Rus.pdf (accessed 16 February 2016).
14. Kumarbekov T.M., Yusupov D.U. Sovremennye ekonomicheskie problemy v zdravookhraneni Respubliki Kazakhstan [Modern economic problems in the health care of the Republic of Kazakhstan]. *Aktualnye voprosy ekonomiki i upravleniya v sotsialnoy sfere: materialy Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii studentov, aspirantov i magistrantov, 5 dekabrya 2014 g., Almaty* [Proc. Int. Scien. Conf. Current problems of economy and social management]. Ekaterinburg: RGPPU Publ., 2015, 590 p.
15. *Gosudarstvennaya programma razvitiya zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Salamatty Қазақстан» na 2011–2015 gody* [State health development program of the Republic of Kazakhstan "Kazakhstan Healthcare" for 2011–2015]. Available at: <http://pandia.ru/text/79/446/57950.php> (accessed 16 February 2015).
16. *Gosudarstvennaya programma razvitiya zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Densaulyk» na 2016–2019 gody* [State program of the Republic of Kazakhstan for health development "Health" for 2016–2019]. Available at: <http://www.mzsr.gov.kz/content/государственная-программа-развития-здравоохранения-республики-казахстан-«денсаулық»-на-2016-> (accessed 16 February 2015).
17. Yusufov M. Sotsialnye sostavlyayushchie chastnopredprinimatelskoy deyatelnosti v zdravookhraneni (opyt SShA) [Social components of private enterprise in health care (US experience)]. *Obshchestvo: politika, ekonomika, pravo*, 2010, no. 1. Available at: http://dom-hors.ru/rus/files/arhiv_zhurnalapa/pep/6-2010-1/yusufov.pdf (accessed 16 February 2015).
18. Belyaev Yu.M., Chernenko E.M. Organizatsionno-ekonomicheskoe obespechenie sovremennykh standartov meditsinskikh uslug v zarubezhnykh stranakh [Organizational and economic maintenance of modern standards of medical services in foreign countries]. *Vestnik Adygeyskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya. Ekonomika*, 2012, no. 1. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/organizatsionno-ekonomicheskoe-obespechenie-sovremennykh-standartov-meditsinskikh-uslug-v-zarubezhnykh-stranah> (accessed 16 February 2015).
19. Khalfin R.A., Tadzhiyev I.Ya. Organizatsiya zdravookhraneniya v SShA. Chast 1 [US health care organization. Part 1]. *Menedzher zdravookhraneniya*, 2012, no. 9. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-zdravookhraneniya-v-ssha-chast-1> (accessed 16 February 2015).
20. *Obshchestvennoe zdorove i zdravookhranenie* [Public health and health care]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2012. 656 p.
21. *Public law 111–148. 111th United States Congress on patient protection and affordable care act (ACA)*. Washington, D.C., United States Government Printing Office, 2010.
22. Khalfin R.A., Tadzhiyev I.Ya. Organizatsiya zdravookhraneniya v SShA. Chast 2 [US health care organization. Part 2]. *Menedzher zdravookhraneniya*, 2012, no. 10. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-zdravookhraneniya-v-ssha-chast-2> (accessed 16 February 2015).
23. *Life expectancy. Global health observatory data repository. World Health Organization*. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en> (accessed 16 February 2015).

Дата поступления 22.03.2016