

---

---

# Проблемные статьи и обзоры

---

---

## ГЛОБАЛЬНЫЙ КРИЗИС КАК СТИМУЛ ПЕРЕМЕН В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. СООБЩЕНИЕ 1

<sup>1</sup> М.М.Сачек, <sup>2</sup> М.В.Щавелева, <sup>1</sup> И.В.Малахова, <sup>1</sup> Н.Е.Хейфец

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

<sup>2</sup> Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

*Представлена краткая характеристика систем здравоохранения, существующих в мире к настоящему моменту. Несмотря на различные подходы к их финансированию и обеспечению функционирования, перед всеми системами возникает ряд идентичных проблем, в частности, роста затрат и доступности медицинской помощи. На примере двух стран – США и Великобритании, в которых функционируют различные системы здравоохранения, показано, какие пути избраны в каждой из них для решения указанных проблем.*

Проблема постоянно растущих расходов на здравоохранение актуальна для большинства стран мира независимо от избранного ими политического и экономического пути развития. Подобная ситуация обусловлена возрастающими потребностями населения в квалифицированной, качественной и доступной медицинской помощи, быстрым развитием медицинской науки и, как следствие, появлением новых, более затратных медицинских технологий и дорогостоящих лекарственных средств (ЛС). Также происходит ярко выраженное изменение демографических показателей: резкое увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста, являющихся, как известно, одними из основных «потребителей» бюджета здравоохранения. В разгар мирового финансово-экономического кризиса эксперты рейтингового агентства Moody's, в первую очередь, для предотвращения суверенного дефолта рекомендовали правительствам четырех крупнейших государств Запада (США, Германия, Великобритания и Франция) реформировать системы здравоохранения и пенсионного обеспечения [1]. При этом нельзя отказываться от постулированного Всемирной организацией здравоохранения в отношении качества медицинской помощи принципа горизонтального (пациенты с одинаковым заболеванием в одной и той же стадии прогрессирования должны получать медицинскую помощь одного качества вне зависимости

от их места проживания) и вертикального (все пациенты с разными заболеваниями, в разных стадиях должны получать медицинскую помощь одинакового качества) равенства.

Принято считать, что в мире существует три основных системы здравоохранения: государственная (бюджетная), страховая, частная. Основанное в основном на способе финансирования здравоохранения приведенное деление является достаточно условным, так как здравоохранение большинства государств все чаще содержит элементы трех основных систем в различном их сочетании [2, 3].

Наиболее показательна в этом плане система частного здравоохранения США. На фоне гигантского роста расходов на здравоохранение (их доля в ВВП в 1960 году составляла 5,2%; в 2007 г. – 16,2%; прогнозируемый показатель на 2025 г. – 25%) государственные расходы (прежде всего, федеральные) растут стремительными темпами [4]. В 1960 г. совокупная доля затрат федерального правительства, штатов и местных властей составляла четверть всех национальных расходов на здравоохранение, а частная – три четверти. В тот момент к системе здравоохранения этой страны действительно подходило определение «частная». В 2007 г. совокупные государственные затраты были только немного меньше частных. Прогнозируется, что в период с 2008 по 2018 год частные

расходы на здравоохранение будут расти средними темпами 5,3% в год, а государственные – 7,2%. Это приведет к тому, что в 2016 г. совокупные затраты федерального правительства (значительная доля которых приходится на программы Medicare и Medicaid), штатов и местных властей превысят 50% общенациональных расходов на здравоохранение. При этом система здравоохранения США продолжает считаться частной, поскольку главные федеральные и совместные федерально-штатные программы (т.е. государственные) охватывают менее трети населения.

Краткая характеристика систем может быть представлена следующим образом [5–16].

Государственная система здравоохранения финансируется из бюджетных средств, собираемых путем налогообложения. Ее яркий образец – система здравоохранения Советского Союза, в которой (одной из первых в мире) в основу деятельности был поставлен принцип доступности медицинской помощи. Со второй половины XX века и до 1980-х гг. количество стран, в которых превалировало государственное (бюджетное) здравоохранение, стремительно увеличивалось. Так, в годы Второй мировой войны правительство Великобритании поставило перед собой цель провести широкомасштабные преобразования в системе социального обеспечения. Разработанная программа «Cradle to grave» («от колыбели до могилы») позволила создать общественную систему оказания медицинской помощи, получившую название National Health Service (Национальная служба здравоохранения), или NHS. Медицинская помощь стала предоставляться бесплатно исходя из потребности в ней.

В целом считается, что национальная (государственная) система здравоохранения (НСЗ), или «система одного плательщика» – наиболее справедливая, ориентированная на интересы широких слоев населения система, в которой ограничены возможности для бизнеса. По мнению ряда авторов, это, видимо, одна из причин того, что НСЗ не используется так широко, как того заслуживает. В различных интерпретациях эта система действует в Дании, Испании, Финляндии, Греции и других странах. Вместе с тем, стремление ряда государств рассматривать медицинскую помощь как товар на рынке услуг привело к отходу (попытке перехода) от НСЗ к другим способам финансирования здравоохранения. Наиболее яркий пример – Российская Федерация, где с 1993 года вступил в действие Закон «О медицинском страховании».

К сегодняшнему дню системой медицинско-го страхования (МС) охвачено 18% населения пла-

неты. В этой системе здравоохранение финансируется из средств обязательных страховых взносов. Однако подходы к сбору взносов различны – не во всех странах их размер напрямую зависит от дохода; также различаются страны и по проценту охвата населения медицинским страхованием: от 70 до 100%. Поэтому эффективность данной системы здравоохранения в разных странах проявляется по-разному. Классический представитель системы – Германия. Модель страховой медицины, известная как бисмарковская, существует в этой стране с 1881 года.

Частная система здравоохранения основана на оплате реальных или планируемых объемов медицинской помощи (медицинских услуг) за счет средств самих граждан (прямые платежи или платежи через фонды добровольного страхования) [2].

Трехвариантность основных систем здравоохранения, переход ряда стран от одной системы к другой говорят об отсутствии однозначной оценки опыта каждой из них на фоне определенной схожести возникающих проблем. Так, перед каждой из систем стоит проблема поиска средств на свое развитие и доказательств экономической целесообразности этого развития. Первая проблема обусловлена постоянным ростом потребности в медицинской помощи; вторая – невозможностью любого общества тратить средства только на развитие медицинской помощи. В этом плане опять-таки как показательный должен рассматриваться пример США: неудержимый рост расходов на здравоохранение привел к тому, что на эти цели в расчете на душу населения тратится средств примерно в 1,5 раза больше, чем в других развитых государствах. Однако в рейтинге, характеризующем здоровье населения, этой стране принадлежит отнюдь не первое место. Увеличивается разрыв между расходами на систему здравоохранения и конечными результатами. Такие страны как Великобритания, Франция, Япония, Италия, расходуя значительно меньше средств на здравоохранение, являются лидерами по конечным показателям деятельности системы здравоохранения [5, 6, 10, 11, 13, 14]. Не внушает оптимизм и ряд прогнозов для США: в 2082 г. на развитие здравоохранения страна может потратить до 49% своего ВВП [4], между тем, гарантии достижения лучших показателей здоровья отсутствуют.

В то же время, в рамках государственного здравоохранения не удастся решить всеобщую – и, похоже, непреодолимую – проблему роста затрат. Во многих случаях попытки контролировать расходы за счет государственного регулирования приводят к проблемам с доступом к медицинским

услугам – либо к задержкам с оказанием помощи, либо к прямому нормированию.

Пытаясь разрешить эту дилемму, во многих странах ослабляют государственный контроль и внедряют рыночные механизмы, в частности, долевое участие пациентов, рыночное ценообразование на товары и услуги и усиление конкуренции между страховщиками и провайдерами [7].

Более того, увеличение доли государства в совокупных расходах на здравоохранение, продолжавшееся, как указано выше, с конца Второй мировой войны до середины 1980-х гг., прекратилось, а во многих странах даже начала расти доля частного сектора – причем в некоторых случаях существенно. По некоторым признакам, в сфере предоставления медицинских услуг происходит все больший сдвиг от государственных провайдеров к частным [8, 9]. Если в Соединенных Штатах последние несколько десятков лет преобладала тенденция к «европеизации» системы здравоохранения, то в Европе, напротив, есть некоторые признаки движения в «американском» направлении.

Наличие вышеперечисленных проблем и ставит задачу постоянного поиска путей оптимального развития медицинской помощи. Чаще всего этот процесс в нашем сознании связан с реформированием системы здравоохранения. В данном сообщении мы остановимся на том, как реформирование здравоохранения связано с решением проблемы доступности для двух государств – США и Великобритании.

#### **Реформа здравоохранения США президента Барака Обамы**

Сегодня наиболее существенные законодательно закреплённые изменения происходят в здравоохранении США. В 2009 г. из внесенных вариантов палата представителей предпочла проект «О доступном здравоохранении в Америке» («The Affordable Health Care for America Act» (HR 3962)) [17], но сенат 24 декабря 2009 г. принял альтернативный законопроект «The Patient Protection and Affordable Care Act» (HR 3590, Public Law 111-148) [18], подписанный президентом США 23 марта 2010 г. В ходе согласительной процедуры обеими палатами утвержден и 30 марта 2010 г. президентом США подписан закон «Health Care and Education Reconciliation Act of 2010» (HR 4872, Public Law 111-152) [19].

В ходе обсуждения основные дебаты были сосредоточены вокруг плюсов и минусов «системы одного плательщика», при которой все заботы по контролю за расходами ложатся на государственные структуры, что должно заменить

нынешнюю систему, приближенную к свободной конкуренции (отметим, что в условиях недостаточного доступа потребителей к информации об услугах (т.е. о сути применяемых медицинских технологий) и ценах на них, даже приближенной к свободному рынку эту систему можно назвать лишь с натяжкой) [20–25].

Принятые Конгрессом США в марте 2010 г. законодательные акты могут привести к самым значительным со времени вступления в 1966 г. в действие программ Medicare и Medicaid переменам в организации медицинского обеспечения американцев. Считается, что закон венчает столетнюю историю борьбы за всеобщее обязательное здравоохранение в США, что подчеркнул Барак Обама: «Сегодня, после почти ста лет разговоров и разочарований, после десятилетий, в течение которых мы пытались что-то сделать, и после года работы над законопроектом и его обсуждения американский конгресс наконец объявил, что американские рабочие, американские семьи и американское малое предпринимательство заслуживают право знать, что здесь, в нашей стране, ни болезнь, ни несчастный случай не могут угрожать исполнению мечты, на которую они работали всю свою жизнь» [26, 27].

Общая цель реформы здравоохранения, которая выступала как центральный пункт внутривнутриполитической программы Б.Обамы, – обеспечить доступ к качественному медицинскому обслуживанию для всех граждан. Реформа затрагивает жизненно важные интересы практически всего населения, но, прежде всего, – работающего. Она усиливает государственное регулирование частного сектора здравоохранения, вводит новые для США элементы этого регулирования и ставит своей целью введение практически всеобъемлющего медицинского страхования.

Сторонники реформы обещают, что американским семьям больше не придется влезать в долги из-за «непредвиденных» заболеваний, на страховке в долгосрочном периоде сэкономят и предприниматели, и власти, хронически больные американцы не будут сталкиваться с трудностями в поиске подходящего страхового плана, а сменившие или потерявшие работу специалисты будут сохранять страховку на прежних условиях. Вообще, по замыслу Обамы, болеть американцы будут гораздо меньше, поскольку значительные средства будут вложены в систему профилактики, в том числе в то, чтобы сделать доступными и бесплатными необходимые регулярные обследования. Если же диагностика станет бесплатной, американцы будут охотнее проходить обследования [28].

Оценивая суть одобренной американским конгрессом реформы здравоохранения, следует учесть, что в Америке нет единой системы финансирования расходов граждан на лечение. За счет федерального бюджета финансируются программы Medicare для граждан старше 65 лет, то есть достигших пенсионного возраста (Medicare позволяет американским гражданам воспользоваться двумя видами страховки – обязательной и добровольной. Первая покрывает далеко не все медицинские услуги – к примеру, не оплачиваются стоматологические услуги, проверка зрения, изготовление очков, а длительное пребывание в больнице пациенту приходится частично оплачивать за свой счет. Вторая – добровольная страховка – покрывает стоимость посещений врача и амбулаторные услуги, однако, учитывая высокую стоимость медицинского обслуживания в США, далеко не все американцы в состоянии позволить ее себе), и Medicaid – для малоимущих граждан. Кроме того, имеется специальная бюджетная программа для оплаты лечения граждан, служивших в вооруженных силах США. Остальные должны оплачивать свое лечение самостоятельно. Большинство делают это путем медицинского страхования у работодателей, осуществляя страховые взносы из своей зарплаты. Другие покупают медицинскую страховку в частных страховых фирмах. Условия такой страховки бывают разными: часто нужно не только делать ежегодные страховые взносы, но и оплачивать часть стоимости лечения из собственных средств, а потом ждать, пока страховая фирма возместит расходы.

Выбрать страховой план непросто: средняя американская семья получает множество предложений, каждое из которых изложено в небольшой брошюре. И с конкретными деталями своей страховки многие сталкиваются только тогда, когда возникает потребность в определенной медицинской услуге. Может обнаружиться, что данный случай просто не покрывается этой страховкой или что с данным страховым планом нельзя получить направление к нужному специалисту или пройти лечение определенного типа. При этом каждый шаг, включая лечение и покупку лекарств (и оплачиваемую за счет страховки дозировку ЛС), требует одобрения страховой компании. Отдельные сложности возникают у тех, кто хочет воспользоваться услугами окулиста или стоматолога. О прозрачности функционирования системы говорить не приходится. В конечном счете, обладатели страховок просто не знают, за что именно они ежегодно выплачивают немалые суммы.

Значительная часть населения не имеет вооб-

ще никакой медицинской страховки – из 300 миллионов населения США в 2005–2008 гг. таких было до 47 миллионов [29, 30]. Правда, по данным других исследований, число незастрахованных составляет от 21 до 31 миллиона человек [31]. Более того, во все эти оценочные цифры включены люди, которые в принципе могли бы получить страховку. К примеру, до трети незастрахованных американцев соответствуют критериям действующих государственных программ вроде Medicare или Региональной программы медицинского страхования детей, но не подали соответствующие заявки [32]. В число незастрахованных входят 18 миллионов граждан с ежегодным доходом, превышающим \$50 тыс. в год, то есть довольно состоятельных людей, теоретически способных самостоятельно оплатить свое лечение [33]. Незастрахованным бесплатно оказываются только услуги скорой помощи (на самом деле, это относится только к американцам, имеющим собственную кредитную историю и дорожающим своей репутацией; лишенные и того, и другого могут получить даже высокотехнологичную медицинскую помощь и дорогостоящие лекарственные средства как бы «в долг», который они не собираются отдавать: в американских стационарах помощь по показаниям фактически оказывается вне зависимости от наличия страховки, что впоследствии ведет к убыткам данной организации здравоохранения) [34].

Революционность реформы Обамы заключается в том, что впервые в американской истории наличие медицинской страховки становится обязательным. После 2014 года лица без страховки должны будут платить государству ежегодный штраф в размере \$695. Со своей стороны, государство будет оказывать гражданам помощь в приобретении страховки. Предполагается, что 24 миллиона человек смогут застраховаться в частных компаниях, используя налоговые кредиты и создаваемые государством специальные биржи, на которых страховщики будут предлагать полисы по конкурентным ценам. Еще 16 миллионов получают страховку Medicaid, так как она становится доступной всем гражданам, доход которых не превышает 133% официально установленного федерального уровня бедности. С 2014 г. компаниям запрещено отказывать в страховании людям с хроническими заболеваниями, расторгать страховой договор с тяжело заболевшими, а с 2018 г. страховым компаниям вменено в обязанность страховать регулярные профилактические осмотры и проведение ряда обследований (колоноскопия, маммография и др.) без увеличения стоимости



страховки и без права получения соплатежей от пациента. Молодые люди смогут оставаться в семейных страховых планах до достижения 26-летнего возраста (сейчас страховые компании обычно исключают их из плана по достижении 19 лет либо по окончании колледжа).

Работодатели, имеющие более 50 наемных работников, обязаны предоставить им корпоративную медицинскую страховку. Однако те работодатели, которые будут навязывать работникам корпоративные страховые планы на менее выгодных условиях, чем частные компании, должны будут платить властям специальный налог на получившуюся в результате страховую сверхприбыль.

Граждане в возрасте 65 лет и старше, пользующиеся программой Medicare, выигрывают от отмены нынешней системы, при которой власти покрывают им издержки на покупку прописанных врачом ЛС только в том случае, если потраченная сумма не превышает \$2700. Кроме того, предполагается продажа данной категории лиц лекарственных средств известных торговых марок со скидкой, оплачиваемой за счет государства [35].

Частично покрыть издержки на реализацию реформы придется состоятельным американцам: семьи, чей годовой доход превышает \$250 тыс., с 2013 года должны будут платить дополнительный налог в размере 3,8% с получаемых ими инвестиционных доходов.

Реформа Барака Обамы прежде всего направлена на ту область здравоохранения, где действуют частные страховые компании, которые представляют медицинские страховки работающим и их семьям. Один из радикальных постулатов закона – усиление государственного регулирования и контроля за чрезмерным ростом доходов страховых компаний (страховых премий). Предусмотрено создание специального федерального агентства – Управления по контролю за ростом стоимости медицинского страхования, которое с 2014 г. должно начать контролировать и регулировать страховые тарифы.

В одном из проектов закона предусматривалось расширение списка участников рынка страховых услуг: предполагалось, что на рынок страховых компаний выйдет государство со своим страховым планом, который должен составить достойную конкуренцию действующим страховым компаниям. Однако в такой редакции законопроект не был принят. Как ни удивительно, у реформы здравоохранения президента Б.Обамы, поставившего перед собой благородную цель – обеспечить доступность медицинской помощи для всего населения, немало противников не только сре-

ди политиков (понятно, что реформа выступает как часть политической борьбы демократов и республиканцев), но и среди населения. Во-первых, многих политиков не устроил законопроект, предлагавший государству выйти на рынок страховых услуг. Они увидели в этом попытку перехода к государственной, «социалистической», системе здравоохранения [36]. Более того, у части населения возникли предположения, что рядом преимуществ реформированного здравоохранения воспользуются, в первую очередь, те, кто не слишком занят работой – например, пенсионеры и домохозяйки, все это скажется на доступности медицинской помощи для реально нуждающихся в ней лиц. Высказываются опасения и по поводу того, что бизнес станет проявлять меньшую заинтересованность во внедрении инноваций в здравоохранение. По прошествии некоторого времени это приведет к тому, что обеспеченные американцы станут лечиться за границей, «уводя» средства из экономики США. Значительный объем документа, регламентирующего проведение реформы, и пакета поправок к нему стал одним из препятствий на пути осмысления задуманного администрацией Барака Обамы простыми американцами. Одна из самых больших проблем, к которой постоянно апеллируют противники реформы – это средства на ее проведение. Демократы (сторонники реформы) считают, что одним (и значительным) из источников средств станет упорядочение их расходования в государственных программах; также предложено введение специальной пошлины на фармацевтические и страховые компании, которые предлагают свои услуги по ценам выше среднерыночных. Противники реформы считают, что рост бюрократического аппарата (даже с целью контроля над расходованием средств) приведет к необоснованным тратам. Внепартийный Бюджетный офис конгресса, проведя соответствующие расчеты, установил, что в результате оптимизации бюджетных медицинских расходов они за десять лет действительно сократятся на \$138 млрд, однако для реализации дополнительных мер по поддержанию медицинского страхования «простых» американцев эти расходы за те же десять лет вырастут на \$940 млрд. Вместе с тем, президент Б.Обама утверждает, что в результате за 20 лет бюджетный дефицит сократится на \$1,3 трлн [37].

Следует также отметить, что цель, преследуемая законом – введение всеобщей обязательной системы здравоохранения для населения США – достигнута пока только на законодательном уровне. Сроки ее реализации растянуты до 2020 года; политическая борьба с республиканцами – про-

тивниками реформы, сопротивление ее введению со стороны страховых компаний, части работодателей и населения могут эти сроки значительно увеличить. В настоящее время закон как антиконституционный (в Конституции США нет статьи, позволяющей штрафовать граждан за отсутствие медицинской страховки, а охрана здоровья граждан не относится к предмету ведения федеральных органов) оспорен в судебном порядке в 20 штатах [38].

### Реформирование здравоохранения Великобритании

В отличие от США сегодня каждый британец имеет формальный доступ к услугам здравоохранения. В государственных и частных организациях здравоохранения Национальная служба здравоохранения (NHS) обеспечивает оказание медицинских услуг примерно 88% населения страны. Услугами системы медицинского страхования, в основном добровольного, пользуются 12% жителей. Государственная медицинская помощь бесплатна для пациента, за исключением фиксированных платежей за выписанные рецепты, стоматологические и офтальмологические услуги.

Финансирование за счет общих налоговых сборов обеспечивает 82% расходов на содержание организаций NHS и 100% зарплаты врачей, медсестер, а также независимых врачей общей практики. Дополнительные источники финансирования (18%) – добровольные пожертвования, государственное страхование, коммерческая деятельность организаций NHS. Распределение финансовых средств по управленческой вертикали осуществляется на основе планирования, при планировании расходов по территориям используется дифференцированный подушевой норматив, учитывающий различие территорий по половозрастному составу и ряду других социально-экономических характеристик.

Современная структура NHS сложилась в результате реализации очередного этапа реформирования отрасли, начатого правительством консерваторов в 1991 г. [39–41].

Правительственный орган – Департамент здравоохранения – разрабатывает и централизованно контролирует внедрение законодательных и иных нормативных правовых актов в отрасли, а основные решения на локальном уровне принимают местные подразделения NHS. Существует еще и третий тип государственных органов, который служит связующим звеном между упомянутыми выше двумя уровнями организации здравоохранения, – Стратегические управления здравоохранения (Strategic Health Authorities, SHA's). Было созда-

но 28 подобных структур, отвечающих за определенные регионы и обеспечивающих интеграцию общенациональных приоритетных разработок, таких как программы по раннему выявлению онкологических заболеваний, раннему выявлению и лечению ВИЧ, программы по борьбе с курением, снижением веса и т.д. в планы деятельности местных ЛПО. С 1 июля 2006 г. число SHA's сокращено до 10.

Оказание медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях обеспечивают локальные подразделения NHS, так называемые трасты (NHS trusts).

Траст (доверительная собственность) – институт англо-американского права. Это особая форма собственности, переданная ее учредителем (сеттлором, попечителем) доверительному собственнику, который управляет ею в пользу некоторого другого лица (бенефициара). При этом попечитель является юридическим владельцем собственности, а бенефициар имеет справедливую долю в доходах от этой собственности. Траст может возникнуть либо на основании добровольного соглашения лиц, либо устанавливается по закону. Фондодержание в Великобритании – это тоже траст, но в отношении денежных средств. Доверительный собственник управляет переданной ему собственностью только в соответствии с целями, указанными учредителем, и в пользу выгодоприобретателей (бенефициариев).

Траст – это своего рода расщепление права собственности, невозможное в континентальной системе права. Так, в Германии понятие фондодержания получило не связанное с трастом значение договорного выгодоприобретения, а в Беларуси есть доверительное управление имуществом, принципиально отличное от траста, так как согласно статье 896 Гражданского кодекса Республики Беларусь деньги, за исключением случаев, предусмотренных законодательством, не могут быть самостоятельным предметом доверительного управления [42, 43].

В зависимости от сферы деятельности все трасты системы здравоохранения подразделяются на несколько групп, основной из которых являются трасты первичного звена (Primary Care Trusts, PCT), занимающиеся оказанием первичной медицинской помощи и организацией общественного здравоохранения. Они заключают договоры с врачами общей практики (ВОП) на амбулаторные услуги, с государственными и частными больницами – на консультации специалистов и стационарную медицинскую помощь и оплачивают ее. В конце 2006 года количество этих организаций было

уменьшено с 303 до 151, что по замыслу правительства должно повысить эффективность управления и снизить затраты. Трасты первичного звена отвечают за работу 29 тыс. врачей общей практики и 18 тыс. государственных стоматологов; финансируют клиники, находящиеся в юрисдикции других трастов; обеспечивают оказание неотложной помощи пациентам, направленным из других государственных структур и частного сектора; непосредственно осуществляют мероприятия первичной и вторичной профилактики, а также контролируют локальную эпидемическую ситуацию и вакцинацию населения. Именно эти локальные организации в совокупности составляют основу NHS и расходуют 80% общего бюджета здравоохранения. Трастам первичного звена предоставлено право применять тактику аутсорсинга, то есть использовать услуги частных медицинских учреждений с целью более рационального распределения ресурсов. Данный подход весьма результативен в случаях, когда необходимое вмешательство относится к разряду неотложных, а во всех доступных государственных клиниках возможности его выполнения по тем или иным причинам ограничены. Некоторые из медицинских центров, где осуществляются плановые операции (амбулаторная хирургия) и диагностические процедуры по профилям, где списки ожидания очень большие (например, в офтальмологии), также являются частной собственностью.

Трасты NHS управляют работой большинства стационаров (Acute Trusts) и отвечают за специализированную медицинскую помощь, в частности, в сфере психического здоровья (Mental Health Trusts). Роль этих организаций заключается в обеспечении высокого качества предоставляемых услуг и рационального расходования бюджетных средств. При необходимости уменьшить списки ожидания также предусмотрено обращение к частным структурам. Трасты NHS являются работодателями большей части персонала системы здравоохранения, начиная с врачей и заканчивая службой охраны.

Трасты (социального) обеспечения (Care Trusts) работают одновременно в здравоохранении и в социальной сфере, что бывает необходимо при внедрении программ, предусматривающих тесное сотрудничество NHS и муниципальных властей.

Трасты скорой медицинской помощи (Ambulance Trusts) отвечают за доставку пациентов в надлежащую организацию здравоохранения.

В апреле 2004 г. впервые созданы фондовые трасты (Foundation Trusts), сейчас их насчитыва-

ется 136. Создание данных трастов связано с удовлетворением потребности в медицинской помощи местной общины, они обладают гораздо большей степенью финансовой и оперативной свободы, чем другие трасты NHS, и представляют собой пример реализации государственной политики децентрализации общественных служб, оставаясь при этом в структуре NHS и подвергаясь контролю со стороны инспекционной службы NHS.

Трасты, лидирующие по общенациональному рейтингу эффективности, имеют возможность выйти из-под контроля NHS и получить статус самостоятельной организации. Это, в свою очередь, означает автономность для всех входящих в данный траст организаций. Хотя организации здравоохранения, получившие подобное право, официально остаются частью NHS, а пациенты по-прежнему получают медицинскую помощь бесплатно, самостоятельные трасты обладают большей свободой в управлении ресурсами при минимальном контроле со стороны государства. Юридически клиники принадлежат местной общине, то есть всем жителям – персоналу и пациентам одновременно. Такой тип собственности позволяет формировать локальные варианты служб здравоохранения в соответствии с потребностями и приоритетами, которые не всегда соответствуют общенациональным стратегиям. Очевидно, что муниципальной власти значительно проще решать такие проблемы, как, например, очереди за консультацией специалиста и т.п.

Самостоятельные трасты также имеют большой доступ к инвестиционным фондам как общественного, так и частного сектора. С другой стороны, поскольку NHS уже не столь тщательно контролирует эффективность системы, возникает необходимость в создании комитета по мониторингу, который обычно состоит из представителей местной власти, чью работу контролирует уже независимое учреждение.

Согласно данным многих авторитетных источников, общее количество сотрудников NHS составляет больше одного миллиона человек, что обеспечивает этой организации место в пятерке самых больших работодателей мира. Правда, такое количество сотрудников содержится и из-за того, что к NHS относятся многие социальные службы Великобритании.

По данным BBC, в 2005–2006 гг. среднестатистическая зарплата врача общей практики составила около 100 тыс. фунтов в год. Такие доходы практически исключают дефицит кадров даже в наиболее отдаленных или малонаселенных географических регионах.

В результате реформ трасты первичной медицинской помощи стали «покупать» медицинскую помощь в сети NHS с учетом ее стоимости. Итог: 95% амбулаторной помощи в стране оказывается независимыми врачами общих практик, которые работают чаще всего группами. Обращение к ВОП для пациента бесплатно. При необходимости консультации узких специалистов нужно получить направление у ВОП. При самостоятельном обращении к этим специалистам придется оплачивать их услуги из собственных средств. Исключение сделано лишь для неотложной помощи. При правительстве премьер-министра М.Тэтчер началось объединение групп ВОП в фондодержателей, в дальнейшем (уже при премьер-лейбористе Т.Блэре) объединение ВОП в группы стало обязательным. Фондодержание в Великобритании позволило расходовать на здравоохранение почти в два раза меньше средств по сравнению с другими развитыми странами. Передача финансовых средств объединениям ВОП в корне изменила их работу, так как у них появилась заинтересованность в показателях здоровья населения определенной территории в целом (смертность, онкозаболеваемость, инвалидность и т.д.).

Критически стали оцениваться частота направлений к узким специалистам и в стационары, объемы лекарственной помощи. Больше внимания уделяется вопросам профилактики. Врачи общей практики стали больше работать с медико-социальными службами. Термин «диспетчер» («прихватчик», «goalkeeper») в Великобритании несет большую смысловую нагрузку: ВОП принимает решения о необходимости консультаций или стационарного лечения, участвует в ведении своего больного в стационаре, занимается вопросами постгоспитальной реабилитации. По сути, его диспетчерская функция интегрирует систему оказания медицинской помощи. В силу экономических условий осуществления своей деятельности, на которые было указано выше, врачебные практики все больше ориентируются на конечные результаты обслуживания приписанных к ним граждан. Это заставляет их вступать в договорные отношения с теми больницами, которые способны предоставить качественную стационарную помощь по приемлемым ценам. Врачи находятся в постоянном поиске наиболее эффективных партнеров. В результате соотношение сил между первичным звеном оказания медицинской помощи и стационарами изменилось в пользу первых.

Таким образом, при сохранении базовых принципов системы (общедоступность и бесплатность медицинской помощи, государственные финанси-

рование и лечебная сеть), наибольшие изменения коснулись первичного звена, куда постоянно вносятся рыночные элементы: врачебные практики стали частными фондодержателями. Как следствие, у них появилась финансовая заинтересованность в улучшении показателей здоровья прикрепленного населения.

Тем не менее, в государственном здравоохранении Великобритании остались серьезные проблемы. Одна из наиболее значимых – недостаточная доступность медицинской помощи: длительные сроки ожидания консультаций узких специалистов и запланированного лечения. Так, по данным опроса, 75% пациентов смогли попасть к ВОП на прием в течение двух дней, сроки ожидания консультаций узкого специалиста – до тринадцати недель, ожидание запланированного лечения – в ряде случаев до шести месяцев [44–48].

Большинство диагностических обследований в системе NHS доступны только в больницах, на уровне ВОП выполняются сравнительно простые анализы. Для более глубокого обследования пациенты вынуждены прибегать к помощи системы частного платного здравоохранения или становиться в очередь ожидания.

В связи с данными проблемами, коалиционное правительство консерваторов и либерал-демократов с 2011 г. приступило к реализации очередного этапа модернизации здравоохранения Великобритании, который предусматривает самые глубокие преобразования в национальной системе здравоохранения с тех пор, как она была создана в 1948 г. В «Белой книге» «Equity and excellence: Liberating the NHS», где изложен план реформирования, говорится: «Нынешняя архитектура здравоохранения формировалась по частям, привела к дублированию и стала громоздкой. Освободив систему и передав полномочия в руки пациентов и врачей, можно будет добиться радикального упрощения и ликвидации целых слоев управления» [49, 50].

Предполагается ликвидировать все трасты первичного звена (PST), а их, как указано выше, 151, и передать их финансовые ресурсы (80% бюджета здравоохранения, или примерно 125 миллиардов долларов) групповым общеврачебным практикам-фондодержателям. Выступая 7 июня 2011 г., премьер-министр Д.Кэмерон предложил также подключить к решению вопросов по распределению этих ресурсов врачей и средний медицинский персонал больниц [51].

Правительство рассчитывает, что реформа поможет сократить бюрократический аппарат и сэкономить 45% бюджета здравоохранения к 2014 году.



ВОП получают в распоряжение огромные денежные средства (в Лондоне, например, каждый ВОП ежегодно будет ответственным за расходование 3,4 млн долл. бюджетных денег). В прессе высказываются сомнения в эффективности такого распределения средств, так как ВОП будут вынуждены нанимать менеджеров для управления данными средствами, а это приведет к тому, что экономия от ликвидации бюрократических структур окажется более скромной, чем предполагается. Планируется также предоставить больше полномочий пациентам. Основным принципом в этом плане становится принятие решений, касающихся пациента, только при его участии. Пациент должен иметь возможность обсудить со своим ВОП выбор метода лечения, а также выбирать (и менять) ВОП, консультанта, организацию здравоохранения.

Однако проведение этих реформ сопровождается целым рядом опасений. Одно из них, что будет сокращен не только бюрократический аппарат, но и работники практического здравоохранения. С целью экономии бюджетных средств возможно искусственное снижение уровня госпитализации (что наблюдалось в Советском Союзе в 80-е годы прошлого века при введении нового хозяйственного механизма в здравоохранении), закрытие домов престарелых и хосписов, вне компетенции ВОП могут остаться как рутинные операции (например, удаление катаракты), так и дорогостоящая высокотехнологичная медицинская помощь.

Таким образом, проблема доступности медицинской помощи возникает перед всеми системами здравоохранения вне зависимости от принципов их финансирования. Различия заключаются в степени выраженности данной проблемы, следовательно, различаются и подходы к ее решению, которое, однако, часто связано с радикальными преобразованиями в отрасли. Осознавая необходимость поиска дополнительных источников финансирования здравоохранения Беларуси и осуществляя шаги в этом направлении, следует учиться не только на положительном опыте, но и на ошибках, допущенных в организационном плане при реформировании систем здравоохранения за рубежом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Макаревич, В. Модернизация системы государственного обеспечения Великобритании начнется с реформы здравоохранения / В.Макаревич. – Режим доступа: <http://www.ami-tass.ru/article/73949.html>. – Дата доступа: 17.01.2011.
2. Алексеев, В.А. Об итогах международной практики реформирования здравоохранения и рекомендациях ВОЗ / В.А.Алексеев, М.Ю.Сафонова // Здравоохранение. – 2011. – №3. – С.65–71.

3. *Suhrcke, M.* Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / M.Suhrcke, M.McKee, L.Rocco. – Всемирная организация здравоохранения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2008. – 274 с.
4. *Попов, А.А.* Проблемы американского здравоохранения и реформа Б.Обамы / А.А.Попов // США. Канада. Экономика – политика – культура. – 2010. – №10. – С.3–20.
5. *Валид, М.С.* Комплексное сравнение систем здравоохранения в мире / М.С.Валид, Н.В.Зайцева // Менеджер здравоохранения. – 2009. – №5. – С.58–64.
6. *Шарабчиев, Ю.Т.* Организационно-правовые аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи за рубежом. Сообщение 1 / Ю.Т.Шарабчиев, Т.В.Дудина // Медицинские новости. – 2010. – №10. – С.55–65.
7. *Cox Report on Financing Sustainable Healthcare in Europe Presented to European Commission Today // Medical News Today.* – February 13, 2007.
8. *Maarse, H.* The Privatization of Health Care in Europe: An Eight Country Analysis / H.Maarse // Journal of Health Politics, Policy, and Law. – 2006. – Vol.31. – P.981–1014.
9. *The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis.* – 2008. – No.613. – March 18<sup>th</sup>.
10. *Krugman, P.* The Health Care Crisis and What to Do about It / P.Krugman, R.Wells // New York Review of Books. – 2006. – March 23<sup>rd</sup>.
11. *Reinhardt, U.* US Health Care Spending in an International Context / U.Reinhardt, P.Hussey, G.Anderson // Health Affairs. – 2004. – Vol.23, No.3. – P.11–12.
12. *De Navas-Walt, C.* Income, Poverty, and Health Insurance in the United States: 2005 / C.De Navas-Walt [et al.] // Current Population Reports. – Washington: US Census Bureau, 2006.
13. *McGlynn, E.* The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States / E.McGlynn [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2003. – No.348. – P.2635–2645.
14. *Mangione-Smith, R.* The Quality of Health Care Delivered to Children in the United States / R.Mangione-Smith [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2007. – No.357. – P.1515–1523.
15. *Docteur, E.* Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience / E.Docteur, H.Oxley // OECD Working Paper. – 2003. – No.9. – December 5<sup>th</sup>.
16. *Thompson, S.* Regulating Private Health Insurance in the European Union: Implications of Single Market Legislation and Competition Policy / S.Thompson, E.Mossialos. – European Health Policy Group, September 2004.
17. *The Affordable Health Care for America Act (HR 3962).* – Режим доступа: [http://docs.house.gov/rules/health/111\\_ahcaa.pdf](http://docs.house.gov/rules/health/111_ahcaa.pdf).

18. The Patient Protection and Affordable Care Act (HR 3590, Public Law 111-148). – Режим доступа: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/content-detail.html>.
19. Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 (HR 4872, Public Law 111-152). – Режим доступа: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ152/content-detail.html>.
20. Pear, R. Senate Passes Health Care Overhaul Bill / R.Pear // The New York Times. – Режим доступа: [http://www.nytimes.com/2009/12/25/health/policy/25health.html?\\_r=1&hp](http://www.nytimes.com/2009/12/25/health/policy/25health.html?_r=1&hp). – Дата доступа: 28.03.2010.
21. Hulse, C. Sweeping Health Care Plan Passes House / C.Hulse, R.Pear // The New York Times. – Режим доступа: <http://www.nytimes.com/2009/11/08/health/policy/08health.html>. – Дата доступа: 28.03.2010.
22. Leary, A. Health care reform: Where the House, Senate agree and disagree / A.Leary // St.Petersburg Times. – Режим доступа: <http://www.tampabay.com/news/politics/national/health-care-reform-where-the-house-senate-agree-and-disagree/1051127>. – Дата доступа: 28.03.2010.
23. Peterson, Ch.L. A Comparative Analysis of Private Health Insurance Provisions of H.R.3962 and S.Amdt. 2786 to H.R.3590 / Ch.L.Peterson // Congressional Research Service. – December 16<sup>th</sup>, 2009. – R40981. – Режим доступа: <http://openncrs.com/document/R40981/2009-12-16/?24216>. – Дата доступа: 28.03.2010.
24. Hossain, F. Comparing the House and the Senate Health Care Proposals / F.Hossain, A.Tse // The New York Times. – Режим доступа: <http://www.nytimes.com/interactive/2009/11/19/us/politics/1119-plan-comparison.html>. – Дата доступа: 28.03.2010.
25. Patient Protection and Affordable Care Act; Requirements for Group Health Plans and Health Insurance Issuers Under the Patient Protection and Affordable Care Act Relating to Preexisting Condition Exclusions, Lifetime and Annual Limits, Rescissions, and Patient Protections; Final Rule and Proposed Rule / U.S. Department of Health and Human Services // Federal Register 75 (123): 37187–37241. – Режим доступа: <http://edocket.access.gpo.gov/2010/2010-15278.htm>. – Дата доступа: 26.07.2010.
26. Коммерсантъ Власть. – 29.03.2010. – №12 (866).
27. Обама поблагодарил Конгресс за поддержку реформы здравоохранения // Взгляд. Деловая газета. – 22.03.2010. – Режим доступа: <http://www.vz.ru/news/2010/3/22/385699.html>. – Дата доступа: 27.03.2010.
28. Binckes, J. The Top 18 Immediate Effects Of The Health Care Bill / J.Binckes, N.Wing // The Huffington Post. – Режим доступа: [http://www.huffingtonpost.com/2010/03/22/the-top-18-immediate-effe\\_n\\_508315.html#s75147](http://www.huffingtonpost.com/2010/03/22/the-top-18-immediate-effe_n_508315.html#s75147). – Дата доступа: 27.03.2010.
29. Callahan, C. Working Paper: Estimating the Number of Individuals in the United States without Health Insurance / Actuarial Research Service, Prepared for the Department of Health and Human Services; C.Callahan, J.Mays. – Washington: US Department of Health and Human Services, 2005. – 22 p.
30. Overview of the Uninsured in the United States: An Analysis of 2005 Current Population Survey. – Washington: US Department of Health and Human Services, 2005.
31. How Many People Lack Health Insurance and for How Long? – Washington: Congressional Budget Office, 2003.
32. The Uninsured in America / BlueCross BlueShield Association, January 2005. – Режим доступа: [www.coverageforall.org/pdf/BC-BS\\_Uninsured-America.pdf](http://www.coverageforall.org/pdf/BC-BS_Uninsured-America.pdf).
33. Herrick, D. Crisis of the Uninsured: 2007 / National Center for Policy Analysis; D.Herrick // Brief Analysis. – September 28, 2007. – No.595.
34. Levy, H. What Do We Really Know about Whether Health Insurance Affects Health / H.Levy, D.Meltzer // Economic Research Initiative on the Uninsured Working Paper. – December 2001. – No.6.
35. Carney: Health insurance law will benefit senior citizens // The Daily Item (Sunbury, Pennsylvania). – Режим доступа: [http://www.dailyitem.com/0100\\_news/local\\_story\\_084233554.html](http://www.dailyitem.com/0100_news/local_story_084233554.html). – Дата доступа: 27.03.2010.
36. Котова, Ю. Обама разрешили сделать здравоохранение США похожим на российское / Ю.Котова, И.Крючков // Газета. – 2010. – №49 (23 марта).
37. Обама: Реформа здравоохранения в США позволит сэкономить \$1,3 трлн // Взгляд. Деловая газета. – 18.03.2010. – Режим доступа: <http://www.vz.ru/news/2010/3/18/385045.html>. – Дата доступа: 27.03.2010.
38. A not very happy birthday. What will become of Barack Obama's health reforms? // The Economist. – 2011. – March, 17<sup>th</sup>. – Режим доступа: <http://www.economist.com/node/18389179>.
39. Сми, К.Х. Проведение реформ в системе здравоохранения Великобритании: результаты и уроки / К.Х.Сми // Пробл. социальной гигиены и история медицины. – 1994. – №3. – С.37–45.
40. Нагребецкий, А. Система здравоохранения Великобритании – «полвека на страже» / А.Нагребецкий // Здоров'я України. – 2008. – №3. – С.10–11.
41. About the NHS. – Режим доступа: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>. – Дата доступа: 29.03.2011.
42. Тихомиров, А.В. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения / А.В.Тихомиров // Главный врач: хозяйство и право. – 2006. – №5. – С.18–23.
43. Гражданский кодекс Республики Беларусь от 07.12.1998 г. №218-3 // Ведомости Национального собрания Республики Беларусь – 1999. – №7–9. – Ст.101; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 20.03.2001. – №2/74.

44. Klein, R. The Troubled Transformation of Britain's National Health Service / R.Klein // New England Journal of Medicine. – 2006. – No.355. – P.409–415.
45. Martin, D. Billions Squandered as NHS Fails to Deliver / D.Martin // Daily Mail. – 2007. – September 12.
46. Browne, A. Deadly Rise in Wait for Cancer Care / A.Browne // London Observer. – 2002. – March 3.
47. Lewis, R. Can English NHS Meet the 18-Week Waiting List Target? / R.Lewis, J.Appleby // The Journal of the Royal Society of Medicine. – 2006. – Vol.99. – P.10–13.
48. Rose, D. Waiting List Crisis as NHS Cuts Costs / D.Rose // London Times. – 2007. – June 6.
49. Equity and excellence: Liberating the NHS. – UK, The Stationery Office Limited, 2010. – 61 p.
50. Modernization of health and care / Department of Health. – Режим доступа: <http://healthandcare.dh.gov.uk/context/quickguide/>. – Дата доступа: 29.03.2011.

51. Cameron unveils major NHS rethink. – Режим доступа: <http://www.theprophecyblog.com/?p=4072>. – Дата доступа: 07.06.2011.

**GLOBAL CRISIS AS A STIMULUS TO CHANGES IN PUBLIC HEALTH. Report 1**  
**M.M.Sachek, M.V.Schaveleva, I.V.Malakhova, N.Ye.Kheifets**

A brief overview of the current health systems throughout the world was presented. Despite the different approaches to their financing and functioning, a number of identical issues, in particular, expenditures rise and medical care availability emerge for all public health systems. The example of two countries – the USA and UK, having different public health systems, – demonstrates the ways they have chosen to solve these problems.

*Поступила 08.06.2011 г.*

---

---

Подписка по каталогу РУП «Белпочта» производится во всех отделениях связи и пунктах подписки Беларуси

## Не забудьте подписаться!

*Бюллетень*

*«Вопросы организации и информатизации здравоохранения»*

— наиболее полное специализированное периодическое информационное аналитическое и реферативное издание в республике, предназначенное **для руководителей здравоохранения всех уровней**. В бюллетене публикуются обзоры и статьи по проблемам общественного здоровья и здравоохранения, информатизации здравоохранения, статистические данные о медико-демографической ситуации в республике и за рубежом, а также директивная и нормативная информация.

**Подписные индексы: 74855 — для индивидуальных подписчиков**  
**748552 — ведомственная подписка**

*Периодичность выпуска — 1 раз в квартал*  
*Издательская цена 1-го номера бюллетеня во II полугодии 2011 г. (без НДС):*  
*для индивидуальных подписчиков — 14000 руб.,*  
*ведомственная подписка — 27000 руб.*