

РОССИЯ И ФРАНЦИЯ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВО ФРАНЦИИ И РОССИИ

Тьерри Гарро

Кафедра менеджмента (ЕА 4711)
Институт делового администрирования
Университет Ниццы София Антиполис
авеню Диабле Бле, 24, Ницца, Франция, 06300

А. Оганесян

Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Макляя, 6, Москва, Россия, 117198

В статье изучается французский и российский опыт внедрения рыночных механизмов в секторы здравоохранения двух стран. На основе сравнительного анализа описывается ситуация в секторе здравоохранения Франции и России в начале 1990-х гг., затем выявляются основные причины внедрения рыночных механизмов для улучшения эффективности систем здравоохранения и оцениваются результаты реформ. Излагаются способы повышения эффективности систем здравоохранения, которые могут быть применены как в России, так и во Франции.

Ключевые слова: система здравоохранения, финансирование, медицинские услуги, государственное регулирование, децентрализация, рыночные механизмы.

Исследования Всемирной организации здравоохранения показали, что верно выбранные программы в секторе общественного здравоохранения могут оказать значительное влияние на состояние здоровья населения страны или региона [3. С. 112]. Мировой финансовый кризис привел к тому, что общественное здравоохранение все больше рассматривается с точки зрения роста издержек, расходов, уровня финансирования и дефицита. Такой подход отодвигает на второй план вопросы, касающиеся здоровья населения: качество медицинских услуг, эффективность лечения, уровень доступа к услугам здравоохранения, сроки лечения.

Именно поэтому, на наш взгляд, на сегодняшний день становится актуальным анализ эффективности и результативности систем здравоохранения, развивающихся в рыночных условиях. Так, и во Франции, и в России с 1990-х гг. активно внедрялись рыночные механизмы в системы здравоохранения [10; 12].

С помощью краткого анализа французской и российской системы здравоохранения, в частности организации и финансирования, мы выявим причины, которые привели эти две страны к внедрению рыночных механизмов в данный сектор.

Организация систем здравоохранения. Французскую систему здравоохранения в целом можно охарактеризовать как смешанную организацию с фундаментальными принципами. Образцом выступает бисмаркская модель, которая предусматривает режимы социального обеспечения, связанные с профессиональной деятельностью, однако существуют также элементы бевериджской модели, основа которой — идея индивидуального права на социальное обеспечение, направленная на покрытие рисков здоровья. Система здравоохранения характеризуется смешанным предложением услуг здравоохранения как со стороны государственных, так и частных поставщиков, в том числе в больничном секторе. У пациентов полная свобода доступа к медицинским услугам (свободный выбор врача общей практики, прямой доступ к врачам-специалистам), а также неограниченное предложение медицинских услуг. Дополнительное медицинское страхование по болезни играет особую роль в системе здравоохранения, покрывая практически всю часть расходов, которую не охватывает обязательное медицинское страхование [10].

Что касается российской системы здравоохранения, то многие элементы она унаследовала от системы, созданной Н. Семашко в СССР, основными характеристиками которой являлись централизация и разветвленная инфраструктура, гарантирующая полный охват населения медицинскими услугами. Ключевым принципом советской системы стало обеспечение общедоступности бесплатного медицинского обслуживания по месту жительства/пребывания. Система Н. Семашко, основанная на принципах общедоступного и всестороннего бесплатного медицинского обслуживания, отличалась универсальностью, несмотря на различия в качестве медицинских услуг, оказываемых региональными, федеральными и ведомственными медицинскими учреждениями. Тем не менее высокоцентрализованная модель управления материальными и кадровыми ресурсами в рамках плановой экономики привела к тому, что система была убыточной и характеризовалась чрезмерным использованием ресурсов, в частности стационарной помощи, а также низкими темпами улучшения качества предоставляемых медицинских услуг [8. С. 17, 11].

В 1990-е гг. главную роль во французской системе здравоохранения играет государство. Оно обеспечивает предложение медицинских услуг, однако эти услуги неравномерно распределены по стране. Государство устанавливает политику здравоохранения и осуществляет регулирующие функции. Однако в системе существуют значительные разногласия в области распределения обязанностей и функций между государством и системой обязательного страхования по болезни.

За тот же период российская система здравоохранения переживает серьезный кризис, связанный с распадом Советского Союза в 1991 г. и началом перехода к рыночной экономике. В связи с этим появилась необходимость в реформиро-

вании механизмов финансирования системы с целью создания постоянного потока денежных средств, выделяемых исключительно для здравоохранения.

Финансирование систем. Во Франции, как и в других странах ОЭСР, расходы на здравоохранение в период с 1990 по 2000 гг. превышали 10% ВВП. С 1997 г. парламент обсуждает и принимает закон о финансировании социального обеспечения, устанавливающий национальные показатели расходов на здравоохранение (ONDAM), т.е. бюджет, в котором определяется политика в области здравоохранения и социального обеспечения, общий лимит расходов системы здравоохранения и содержатся положения для регулирования системы [10]. Утвержденный парламентом общий лимит расходов на медицинское страхование правительство делит на четыре части: амбулаторное лечение, расходы медицинских учреждений, медико-социальная помощь и альтернативные виды лечения.

Государственные больничные учреждения, а также частные больницы, участвующие в государственном медицинском обслуживании, с 1983 г. финансировались методом глобального бюджета. Теоретически больницы не могли выйти за рамки бюджета, который предоставлялся им региональными больничными агентствами. Однако фактически наблюдалось превышение бюджета, вследствие чего больничным агентствам приходилось выделять значительные дополнительные суммы. Частные медицинские учреждения с 1992 г. финансировались на основе национальных количественных показателей. Соблюдение этих показателей обеспечивалось по факту оказанной частными больницами медицинской помощи на основе увеличения или уменьшения тарифов. До 1999 г. эти показатели устанавливались по итогам переговоров между государством, системой страхования по болезни и представителями частных медицинских учреждений.

Расходы на российскую систему здравоохранения за период 1990—2000-е гг. не превышали 3—4% ВВП, что значительно ниже тех же показателей в других странах ОЭСР [5]. Советская система здравоохранения функционировала в соответствии с разработанными на федеральном уровне детальными планами, основанными на количественных показателях. Трудовые ресурсы, основное оборудование и материалы, текущие затраты и услуги распределялись по медицинским учреждениям и использовались ими на основе планов, которые разрабатывались на базе простых количественных показателей, таких как врачебные должности в поликлиниках и больничные койки в больницах. Эти показатели были связаны с ресурсами с помощью коэффициентов и нормативов использования ресурсов, например, показатели загруженности койки и число посещений в день. Таким образом, медицинские учреждения, чтобы получить больше средств, стремились расширяться. Официально граждане имели право на бесплатное получение медицинской помощи, однако в действительности в медицинских учреждениях многие услуги и лекарственные средства не предоставлялись, хронически не хватало квалифицированного персонала, оборудования, медикаментов. Повсеместно существовала практика неформальных платежей за госпитализацию и стационарное лечение. Однако, несмотря на недостатки системы, советский метод финансирования здравоохранения был относительно справедливым, финансирование отрасли

практически полностью было государственным, в результате чего в СССР была достигнута цель обеспечения универсальной защиты населения и обнищания вследствие болезни.

Внедрение рыночных механизмов. Российская и французская системы здравоохранения значительно отличаются друг от друга, однако в течение последних десятилетий и та, и другая внедрили рыночные механизмы с целью повышения эффективности и повышения качества предоставляемой медицинской помощи. Россия внедрила рыночные элементы посредством введения вместе с системой обязательного медицинского страхования (ОМС) новых посредников между поставщиками и потребителями медицинских услуг — частных страховых компаний, тогда как во Франции рыночные механизмы были внедрены посредством инструментов, которые позволили сравнить деятельность медицинских учреждений и ввести конкуренцию среди больничных учреждений. Рассмотрим подробнее каждый из механизмов.

Введение посредников между поставщиками и потребителями медицинских услуг: российская практика. После распада СССР охрана здоровья в России переживала глубокий кризис в связи с повсеместным недостатком средств: больницам было не на что лечить больных, большая часть населения не имела возможности приобретать лекарства. Реформы здравоохранения того времени были направлены на децентрализацию и на поиски новых источников финансирования. Частью масштабных реформ финансирования здравоохранения стало введение в 1993 г. системы обязательного медицинского страхования (ОМС), целью которой стало целевое финансирование сектора здравоохранения в условиях острой нехватки средств. Отныне двумя главными обязательными источниками финансирования системы здравоохранения выступают средства бюджета и страховые взносы работодателей на ОМС. Общие доходы бюджета страны формируются из многих источников (при этом преобладают доходы от продажи нефти и газа). Что касается системы ОМС, фонды ОМС собирают страховые взносы и перераспределяют их страховым медицинским организациям (СМО) с учетом подушевой взвешенной формулы.

Система ОМС, организованная по территориальному принципу, предполагает контрактные отношения с медицинскими учреждениями и оплату оказываемой помощи по конечным результатам. Создаются Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и территориальные фонды ОМС для объединения в пул средств, полученных от взносов работодателей и государства. Набор и количество бесплатных медицинских услуг определяются принимаемыми программами государственных гарантий предоставления услуг здравоохранения гражданам России.

В идеале независимые СМО должны отбирать медицинские учреждения для заключения договоров по ОМС. Это должно не только способствовать развитию конкуренции между учреждениями, но и приводить к снижению цен на услуги и повышению качества обслуживания и услуг. СМО, в свою очередь, заключают с медицинскими учреждениями договоры и оплачивают их услуги по законченно-

му случаю, что создает стимулы для повышения эффективности их деятельности. Покупателями медицинских услуг от лица граждан выступают частные страховые компании, а при их отсутствии и до их появления — филиалы территориальных фондов ОМС. СМО оплачивают услуги медицинских учреждений с учетом результатов их деятельности по тарифам, которые ежегодно утверждают территориальные фонды ОМС, региональные органы управления здравоохранением, местная власть, медицинские и страховые ассоциации. Пациентам предоставляется право выбора страховой компании, поставщика медицинских услуг и специалистов медицинских учреждений, а медицинские услуги, не вошедшие в набор по договору ОМС, разрешается включать в договор дополнительного медицинского страхования (ДМС). Финансирование медицинских учреждений также осуществляется из средств региональных и местных бюджетов напрямую, так как учреждения подведомственны органам власти соответствующего уровня. Таким образом, действия медицинских учреждений во многом контролируются через структуры вертикального управления системой на региональном и местном уровнях [8. С. 21].

Границы конституционного права на бесплатную медицинскую помощь определяются Программой государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. ПГГ ежегодно либо раз в два года утверждается Правительством РФ и состоит из двух основных частей: базовой программы ОМС и услуг, финансируемых за счет ассигнований соответствующих бюджетов. Базовая программа ОМС включает предоставление населению базовой медицинской помощи, а оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, лекарственное обеспечение льготных контингентов населения при амбулаторном лечении и скорая медицинская помощь осуществляются из средств бюджетов. Вместе с тем такое четкое разграничение функций не всегда соблюдается в действительности. Органы власти субъектов РФ и органы местного самоуправления отвечают за содержание поликлиник и больниц в надлежащем виде, в том числе за организацию своевременного ремонта, поставок оборудования, выплату заработной платы, обеспечение ЛС и т.д. [8. С. 18].

Внедрение конкуренции между поставщиками медицинских услуг: тарификация по диагностическим группам во Франции (система T2A). В период с 1990 по 2000 гг. во Франции был создан набор инструментов для тщательного анализа деятельности медицинских учреждений и их расходов, разработана Программа автоматизации обработки медицинской информации (PMSI) и создан ее технический оператор — Техническое агентство по больничной информатизации (АТИН). Программа позволила классифицировать пациентов по однородным группам болезней (ГНМ) на основе учета лечебно-диагностической деятельности национальных, объединенных, государственных и частных больничных учреждений. Прототипом французской классификации стала применяемая в США система диагностических групп [4]. Согласно данной системе каждое пребывание пациента в больнице должно быть классифицировано по однородным группам и с медицинской, и с экономической точки зрения. Расходы в рамках однородных групп по болезням, рассчитанные агентством, являются усредненными показателями

по данным группам в медицинских учреждениях, добровольно участвующих в сборе данных. Эти усредненные показатели позволяют установить норму расходов в клинической, медико-технической, логистической и управленческой областях, а также в области лекарственного обеспечения и технологического оснащения медицинских учреждений. Наконец, с помощью диагностических групп возможно внедрение конкуренции в больничный сектор. Система T2A является единственным способом финансирования основной деятельности медицинских учреждений (медицина, хирургия, акушерство). Количество финансовых ресурсов рассчитывается исходя из того объема услуг, который оказывает больничное учреждение. Таким образом, возможно предварительно просчитать доход больницы исходя из установленных тарифов для каждого типа лечения. Тарифы на лечение для каждой однородной группы по болезням ежегодно устанавливаются Министерством здравоохранения. Пребывание в больнице каждого пациента, классифицированное по однородным группам по болезням, соотносится с одной или несколькими однородными группами по сроку пребывания (GHS). Именно однородные группы по сроку пребывания определяют объем финансовых ресурсов, полученных от системы обязательного страхования по болезни.

Для того, чтобы определить, как с помощью данного механизма регулируется срок лечения пациентов в больницах, необходимо сначала понять принцип формирования тарифов. Каждый тариф включает пять-шесть информационных элементов. Первые два элемента — интервал пребывания в днях в лечебном учреждении с нижней и верхней границами, определяющими минимальное и максимальное количество дней, в течение которых пациент находится на стационарном лечении. К нормальному сроку пребывания относится третий информационный элемент, тариф однородной группы по сроку пребывания, выраженный в евро. Если срок пребывания пациента в больнице ненормален, то три последних информационных элемента, выраженные в евро, корректируют тариф однородной группы по сроку пребывания. Итак, как только достигается нижняя граница срока пребывания пациента в больнице, каждый дополнительный день стационарного лечения снижает средний ежедневный тариф, по которому финансируется учреждение [2; 11], тем самым снижается средний уровень ресурсов, необходимых для продолжения стационарного лечения пациента. Вот почему данный инструмент принуждает медицинские учреждения регулировать сроки лечения пациентов в стационаре.

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

Сравнительный анализ результатов реформ. Реформы, проведенные в двух странах, показывают, что помимо специфических проблем российская и французская системы здравоохранения сталкиваются с проблемами, общими для обеих стран. Эти проблемы касаются вопросов доступа к медицинским ус-

лугам, управления системой здравоохранения, взаимодействия институтов и организаций в рамках системы.

Доступ к медицинским услугам. В России значительные трудности наблюдаются на межрегиональном уровне, в частности, по причине неравномерного распределения средств ОМС и недостаточного объема бюджетных средств, что выражается в недофинансировании медицинских учреждений, нехватке необходимого оборудования и квалифицированного персонала, неразвитости инфраструктуры. Вследствие этого затруднен доступ населения к бесплатным первичным медико-санитарным услугам, а также к стационарному лечению [14].

Во Франции также актуален вопрос доступности медицинских услуг, однако он имеет совершенно другой характер: введение системы T2A оказало негативный эффект на развитие инновационных технологий в здравоохранении и использование передовых лекарственных средств. Испытывая экономические трудности и имея ограниченный бюджет (установленные тарифы на лечение болезней), больницы не используют дорогостоящее инновационное оборудование и лекарства, что сказывается на качестве оказываемой медицинской помощи и затрудняет доступ пациентов к определенным услугам [1]. Эти проблемы доступа к медицинским услугам также можно отнести к проблемам в управлении системой здравоохранения.

Проблемы в управлении. В России после распада СССР государство, усматривая в рыночных отношениях средство от всех бед здравоохранения, всецело положило на рынок, существенно снизив регулирование этой сферы. Так, деятельность СМО не нормировали, посчитав, что она наладится сама собой под напором конкуренции. Крайне слабо упорядоченной оказалась и деятельность фондов ОМС. В соответствии с законом страховщики получили право заключать договоры как с государственными, так и с частными медицинскими учреждениями. Однако ни для страховых медицинских организаций, ни для медицинских учреждений не было введено четкого определения разницы между ОМС и ДМС, государственным и частным финансированием как на уровне страховщика, так и на уровне медицинского учреждения. Из-за этих неясностей у медицинских учреждений и СМО появились возможности для использования в своих интересах неосведомленность потребителя, манипулирования базовой программой ОМС, финансируемой из средств бюджета, а также получения необоснованного дохода от использования государственных средств. Отсутствие четкого разделения обязанностей властных и страховых структур в обеспечении медицинского обслуживания в рамках ОМС и жесткого управления их деятельностью способствовало нерациональному использованию средств [8. С. 51].

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

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

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

Введение системы T2A не способствовало налаживанию отношений между участниками системы здравоохранения с целью снижения государственных расходов. Хотя парламент и устанавливает ежегодный плановый бюджет системы здравоохранения, другие участники системы не заинтересованы в экономии средств: для них единственный способ для получения дохода — наращивание объемов оказываемых услуг. Таким образом, с одной стороны, правительство пытается сдерживать расходы на здравоохранение, а с другой стороны, побуждает участников системы увеличивать объемы услуг [1]. Данная схема не способствует улучшению взаимодействия и координации участников французской системы здравоохранения, что мы наблюдаем и в России.

Проблемы координации и взаимодействия. В России недостаток взаимодействия участников здравоохранения наблюдается в частом обращении населения напрямую к стационарному лечению в больничных учреждениях. Статистика показывает, что 60% всех государственных расходов на здравоохранение приходится на больничный сектор, тогда как в большинстве странах Европейского союза этот показатель колеблется от 30 до 40%. Хотя количество коек на 1000 человек значительно снизилось за последние годы, этот показатель в России в 2—3 раза превышает аналогичные показатели западных стран. Такая ситуация является следствием неэффективности первичных медико-санитарных услуг и профилактики болезней. Лучшее распределение ресурсов будет возможно благодаря повышению взаимодействия между сектором первичных медико-санитарных услуг и больничным сектором. Таким образом количество стационарных больных можно сократить на треть, переведя их на амбулаторное лечение [13]. В то же время в российской системе здравоохранения наблюдается недостаток коммуникативных и информационных технологий, что препятствует развитию координации и взаимодействия между специалистами здравоохранения [9].

Несмотря на то, что Программа автоматизации обработки медицинской информации (PMSI) функционирует во Франции уже 25 лет, она не способствует повышению взаимодействия между врачами частной практики, врачами-специалистами и медицинскими учреждениями. Во Франции проблема координации участников системы здравоохранения выражается в чрезмерном обращении граждан к скорой помощи. Таким образом, скорая помощь практически заменила консультации у врачей общей практики. Недостаток координации, как и в случае с российской системой здравоохранения, не позволяет перевести пациентов на амбулаторное лечение: больничные учреждения в этом случае не могут гарантировать качество и доступность необходимой помощи для лечения пациента вне учреждения. При этом система T2A не способствует повышению взаимодействия между медицинскими учреждениями и амбулаторным лечением [1].

Другие проблемы российской и французской систем здравоохранения. Важной проблемой российского здравоохранения остается уровень государствен-

ных расходов на систему, который составил 3,2% ВВП в 2009 г. и только 4% ВВП в 2011. Данный показатель значительно ниже аналогичных показателей стран ЕС, что ставит под сомнение способность государства гарантировать доступ к качественной бесплатной медицинской помощи для населения. Следствием этого является рост доли личных платежей граждан для получения медицинской помощи. Согласно статистической базе Всемирной организации здравоохранения, доля личных платежей граждан в РФ в 2009 г. составила 1,9% от ВВП, без учета «неформальных» платежей, которые достигли 2% от ВВП в 2011 г. Другим следствием недофинансирования сектора здравоохранения является недоверие граждан к системе здравоохранения: все больше людей пользуется платными медицинскими услугами из-за нехватки современного оборудования и квалифицированного медицинского персонала в государственных учреждениях. Для того, чтобы преодолеть эти трудности, в рамках Концепции развития здравоохранения до 2020 г. правительство решило инвестировать в сектор 19,3 млрд евро для улучшения инфраструктуры и повышения качества медицинских услуг.

В то же время во Франции наблюдается противоположная ситуация: вот уже 25 лет правительство пытается оптимизировать расходы системы страхования по болезни. Увеличение государственных расходов на здравоохранение имеет структурные причины (технологический прогресс, старение населения), а также такие особенности системы здравоохранения, как свободный доступ к врачам и возмещение стоимости лечения. Все это не позволяет снизить расходы на систему здравоохранения, несмотря на предпринятые правительством меры по внедрению талона доленой оплаты, введению координированного маршрута лечения, нормированию количества выпускников медицинских вузов и т.д. [10]. Тем не менее приоритетом правительства является сохранение доступа пациентов к качественным медицинским услугам.

Таким образом, проанализировав проблемы систем и в России, и во Франции, мы предлагаем способ преодоления вышеперечисленных ограничений, которые могут быть исследованы совместно экономистами, управленцами и специалистами здравоохранения обеих стран.

Перспективы совместного изучения. И во Франции, и в России системы здравоохранения исторически находились под государственным управлением, однако в период с 1990-е по 2000-е гг. были введены методы регулирования, основанные на рыночных механизмах. Результаты реформ и проблемы систем здравоохранения были рассмотрены выше, в связи с чем нам представляется интересным рассмотреть возможность преодоления существующих ограничений альтернативным способом, описанным в работах О. Уильямсона и Э. Остром. В действительности некоторые ученые применяют результаты работ Э. Остром в секторе здравоохранения, в частности для разработки решений в области финансирования сектора здравоохранения. Так, был запущен исследовательский проект «Тарификация по циклам лечения» (TCS) [1], который представляется нам весьма интересным в рамках регулирования проблем в управлении системой здраво-

охранения, а также недостаточной координации и взаимодействия между участниками системы.

Пересмотр методов управления. Оригинальность работ Э. Остром заключается в том, что она рассматривала конкретные случаи, когда вовлеченные участники совместно разрабатывают свод правил, который приводит к созданию возможных институтов. На основе синтетического анализа ее работ мы предлагаем метод, адаптированный для системы здравоохранения.

Основы институционального анализа и развития (ситуация коллективного действия). Ситуация коллективного действия является основой исследований, проведенных Остром и ее коллегами. Даже если внешние показатели занимают очень важное место в ее работах, единицей анализа выступает ситуация коллективного действия (рис.).

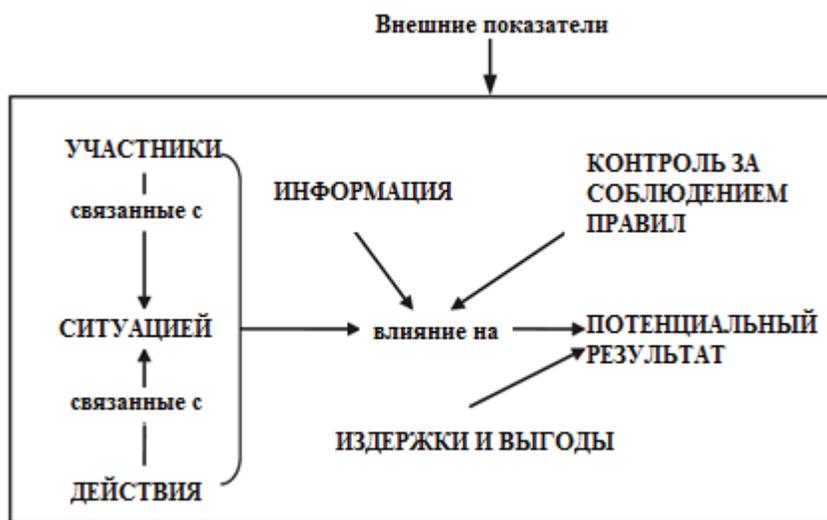


Рис. Внутренняя структура ситуации коллективного действия

Источник: Составлено авторами по [6].

Каждый участник идентифицирован и представлен с указанием его собственного метода индивидуального выбора. Его позиция при принятии решения уточнена: будет ли он первым среди участников, или последующим. Каждый участник в каждом узле принятия решений может взаимодействовать с другими участниками схемы. Таким образом, на каждом этапе разработки решений у участника есть своя позиция, он располагает определенным количеством доступной ему информации и сталкивается с определенными правилами, которые связывают между собой всех участников и их действия. В совокупности эти элементы позволяют прийти к результатам, при которых каждый участник может извлечь выгоду и просчитать издержки. Это и является основой концепции Институционального анализа и развития, IAD, разработанной в период с 1975 по 2005 гг. командой, возглавляемой В. Остромом и Э. Остром (В. Остром, 1975, Кизер и Остром, 1982, МакГиннис, 1999а, b, 2000; Остром, 1986, 2005, 2011). Эта теоретическая основа

позволяет понять человеческие отношения в различных институциональных ситуациях, переходит от общего к частным случаям. Таким образом, основа институционального анализа и развития включает огромное количество изучаемых показателей институциональной динамики, это инструмент, позволяющий обсудить какую-либо конкретную теорию или сравнивать теории между собой (Остром, 2011, стр. 25). Затем теория помогает объяснить полученные результаты, а также выявить связь между результатами и институциональными переменными. Все теории, позволяющие объяснить полученные результаты могут быть использованы в рамках данной теоретической основы. Наконец, с помощью моделей можно протестировать гипотезы внутри какой-либо теории и оценить полученные результаты.

Адаптация (приспособление) к системе здравоохранения. Исследование ситуации коллективного действия в сфере здравоохранения возможно при рассмотрении множества ситуаций, в рамках которых необходимо принимать решения. Мы рассматриваем ситуацию коллективного действия в связи с финансированием сектора здравоохранения. Коллективное финансирование системы здравоохранения рассматривается в качестве общественного блага, которое необходимо мобилизовать, сохранить, поддерживать и использовать с наибольшей эффективностью.

Рассмотрим несколько случаев, при которых возможно преодоление проблем финансирования системы здравоохранения. Первый случай касается финансирования системы здравоохранения с географической точки зрения — мы описываем участников, которых необходимо мобилизовать на определенной территории. Второй случай описывает финансирование согласно типам заболеваний и группам больных, выявленных по различным медицинским критериям. И наконец, мы опишем третий случай, согласно которому система финансирования здравоохранения определяется лицами, принимающими решения на различных уровнях (национальный, региональный, местный).

Первый случай касается дефицитных территорий с недостаточным финансированием системы здравоохранения. Здесь мы основываемся на работах по общественным финансам, предполагающим, что любое финансирование здравоохранения или социального сектора данной территории составляет *нуль* финансовых ресурсов, которым субъекты территории должны управлять наиболее эффективным и экономичным образом, с учетом поставленных целей на глобальном уровне. Все субъекты (участники) должны участвовать в разработке правил для наиболее эффективного использования ресурсов на данной территории и для данного населения. В этом случае будут вовлечены специалисты здравоохранения первого уровня (врачи общей практики, врачи-специалисты), другие работники здравоохранения (медсестры, фармацевты, стоматологи, вспомогательный медицинский персонал) и все структуры, объединяющие профессионалов здравоохранения. Представители больниц или клиник также будут вовлечены вне зависимости от их организационно-правовой формы: государственное учреждение, частная клиника или некоммерческая структура, а также другие учреждения, например благотвори-

рительные организации. Будут вовлечены представителями финансирующих организаций, например, система социального обеспечения, а также кассы взаимопомощи, частные страховые компании и представители власти, санитарные, социальные, муниципальные службы, а также, возможно, службы на уровне департаментов. Наконец, через специально назначенных представителей будут мобилизованы обычные граждане и, конечно же, поставщики статистической информации.

Второй случай основывается на медицинских показателях при определении расходов на лечение больных на определенной территории (например, пожилых или людей с хроническими заболеваниями). На уровне департамента или региона будут определены методы предоставления медицинской помощи, объединяющие услуги всех специалистов здравоохранения, и связанные с внедрением циклов лечения местного населения. Общий ресурс, которым необходимо управлять, — это коллективное финансирование, которое будет рассчитываться по критериям, разработанным теми, кто оказывает медицинскую помощь больным, и теми, кто получает выгоду от такой системы. Лица, вовлеченные в ситуацию коллективного действия, должны определить глобальные цели здравоохранения населения, справедливое вознаграждение каждого из поставщиков медицинской или социальной помощи с учетом инноваций, изменений структуры населения и необходимого регулирования на государственном уровне.

Третья ситуация коллективного действия соответствует различным уровням принятия решений в рамках распределения финансовых средств в секторе здравоохранения. Кроме обсуждений на национальном уровне как финансовых показателей, так и показателей эффективности системы (качество—безопасность—сроки—доступ), должен быть, безусловно, региональный уровень, представленный, например, такими структурами, как региональные агентства здравоохранения. Кроме этого, существующий анализ регионов выявляет, что должна быть определена еще одна более низкая ступень организации здравоохранения — местный уровень. Этот метод управления, основанный на смешанных формах, приводит к пересмотру организации системы здравоохранения в пользу большей интеграции и координирования.

Взаимодействие и интеграция при предоставлении медицинских услуг.

Один из главных вопросов повышения эффективности системы здравоохранения состоит в создании условий взаимодействия между субъектами системы. Так, М. Портер и Э. Тейсберг (2006) призывают к организации услуг здравоохранения вокруг интегрированной единицы медицинской практики [7. С. 167], которые они называют «циклом лечения» (cycle of care). Таким образом, они расширяют сектор предоставления услуг для повышения эффективности лечения пациента. Результаты системы будут представлены во взаимосвязи с оказанными услугами, исходя из различных этапов лечения.

Проиллюстрируем ситуацию на примере протезирования коленного сустава. Лечение начинается с первичной медицинской консультации или со скорой помощи, затем следует этап неотложной помощи в больнице, затем обязательно

последует период реабилитации (сеансы у физиотерапевта и консультации хирурга и врача общей практики). Цикл лечения М. Портера и Э. Тейсберг (2006) интегрирует эти различные этапы лечения. Именно на этом уровне возможно принести наибольшую пользу для пациента. Каплан и Портер (2011) в продолжение обращают внимание на существующие проблемы в отношении правильной оценки пользы для пациента на глобальном уровне, особенно в части оптимизации расходов.

Переход от фрагментированных услуг здравоохранения к интегрированным этапам лечения (циклам лечения) при вовлечении большого количества субъектов автоматически создает площадку для взаимодействия между специалистами и организациями здравоохранения. Циклы лечения обязывают специалистов здравоохранения интегрировать каждый отдельный этап лечения и делают их де-факто солидарно ответственными за результат. Цикл обязывает связать между собой различные этапы лечения с учетом полезности оказываемых услуг для пациента и для стимулирования профессионалов здравоохранения на координированную работу в рамках лечения. Кроме этого, известно, что координация является проблемой в любой системе здравоохранения — очень сложно улучшить координацию без реального и прямого вовлечения в нее специалистов, медперсонала, управленцев и других представителей области здравоохранения. Различные формы сотрудничества были протестированы во Франции в последние четыре года вместе с принятием Закона о больнице, пациентах, здравоохранении и территориях (HPST, 2009), который положил начало этому движению сотрудничества среди отдельных групп, повышая при этом их вклад в социальную деятельность. Территориальные больничные сообщества и государственно-частное партнерство (ГЧП) являются примером неограниченных возможностей для учреждений здравоохранения по разработке различных форм контрактного взаимодействия.

Выводы. Итак, в данной статье приведен сравнительный анализ систем здравоохранения Франции и России, а также рассмотрены реформы, проведенные в каждой из систем начиная с 1990-х гг. С помощью сравнительного анализа были определены особенности систем здравоохранения Франции и России, а также представлены общие проблемы: проблема доступа к медицинским услугам, проблемы в управлении системой здравоохранения и проблемы координации и взаимодействия участников системы.

Несмотря на существенные различия в организации и в системе финансирования российского и французского здравоохранения, в конце 1990-х гг. правительства обеих стран выбрали одинаковое направление для проведения реформ — внедрение рыночных механизмов в рамках Концепции нового государственного менеджмента, которое пришло на смену государственному регулированию. Однако даже если рыночные механизмы способствуют повышению эффективности медицинских учреждений и специалистов здравоохранения, возникают вопросы этического характера. Когда медицинская услуга рассматривается как товар на рынке, страдает прежде всего население страны.

Именно поэтому исследователи предлагают альтернативный способ регулирования системы здравоохранения, основанный на теории общественных финансов и общих ресурсов, изложенных в том числе в работах таких экономистов, как Э. Остром, М. Портер, Э. Тейсберг. В рамках данной концепции финансы системы здравоохранения рассматриваются как общий ресурс, который необходимо использовать с пользой для всех участников системы. Такой подход может стать началом для последующих исследований как во Франции, так и в России для повышения эффективности систем здравоохранения и, соответственно, уровня здоровья населения в целом.

THE INTRODUCTION OF MARKET MECHANISMS IN THE HEALTH SECTOR: A COMPARATIVE ANALYSIS OF FRANCE AND RUSSIA

Thierry Garrot

(Groupe de Recherche en Management, EA 4711)
Institute of Business Administration
of Nice University of Nice Sophia Antipolis, France
06300 Nice, France, Avenue des Diablos Bleus, 24

A. Oganessian

Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 6, Moscow, Russia, 117198

This article provides an overview of French and Russian experience in introduction of market mechanisms in their health care. Based on comparative analysis we describe the situation in health care systems in 1990s, then we study the influence of market mechanisms on health care performance and then we identify the results of the reforms. In conclusion we describe a method of enhancing the effectiveness of health care, which can be applied both in Russia and in France.

Key words: health care system, finance, government regulation, market mechanisms, medical services, decentralization.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Angele-Halgand N., Garrot T.* Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital: une approche par les biens communs // — 2013.
- [2] *Chazard E.* PMSI, T2A et facturation, Lille, 2012 // — 2012.
- [3] *Evans D.B., Etienne C.* Health systems financing and the path to universal coverage // Bulletin of the World Health Organization. — 2010. — Т. 88. — № 6. — С. 402—403.
- [4] *Fetter R.B., Freeman J.L.* Diagnosis related groups: product line management within hospitals // Academy of Management Review. — 1986. — Т. 11. — № 1. — С. 41—54.
- [5] *Mathivet B.* Crise et réforme du système de santé en Russie // — 2006.

- [6] *Ostrom E.* Background on the institutional analysis and development framework // *Policy Studies Journal*. — 2011. — Т. 39. — № 1. — С. 7—27.
- [7] *Porter M.E., Teisberg E.O.* Redefining health care: creating value-based competition on results. — Harvard Business Press, 2006.
- [8] Russian Federation: health system review / *Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., Mathivet B.*: World Health Organization, 2011.
- [9] *Rechel B., Roberts B., Richardson E., Shishkin S., Shkolnikov V.M., Leon D.A., Bobak M., Karanikolos M., McKee M.* Health and health systems in the Commonwealth of Independent States // *The Lancet*. — //30. — Т. 381. — № 9872. — С. 1145—1155.
- [10] *Sandier S., Polton D., Paris V.* Health care systems in transition: France // — 2004.
- [11] Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. —, 2013.
- [12] *Shishkin S.* La réforme du financement du système de santé en Russie // *Revue d'études comparatives Est-Ouest*. — 1998. — Т. 29. — № 3. — С. 187—205.
- [13] Patient choice in the post-Semashko health care system / National Research University Higher School of Economics. —, 2013.
- [14] *Shishkin S.V., Vlassov V.V.* Russia's healthcare system: in need of modernisation // *BMJ*. — 2009. — Т. 338.