Прямая ссылка на источник: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m\_03.html

**Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах**

Майкл Тэннер

*Этим летом самой интересной, но почти не замеченной в России дискуссией в американской публичной политике стало обсуждение предложенного Бараком Обамой проекта реформы здравоохранения. Этот проект призван решить существующие в американской медицине проблемы при помощи, по сути, национализации медицинского страхования в США, сейчас базирующегося на системе частных медицинских страховых фондов. Эффективность этих предложений помогает оценить сравнительный анализ устройства систем медицинского обслуживания в различных развитых странах, где многие из принципов предлагаемой Обамой реформы уже реализованы.*

**Краткое содержание**

Критики американской системы здравоохранения часто предлагают реформировать ее, воспользовавшись иностранными образцами. Они указывают: во многих государствах расходы на здравоохранение гораздо меньше, чем в США, а эффективность медицинских услуг — выше. Соединенным Штатам следует взять на вооружение зарубежный опыт, настаивают эти скептики, и создать государственную систему здравоохранения.

Однако тщательное изучение ситуации показывают, что системы здравоохранения почти во всех странах мира сталкиваются с проблемами роста издержек и недоступности медицинской помощи для части населения. Какой-либо универсальной модели организации здравоохранения, пригодной для всех, конечно, не существует. Уровень централизации, регулирования, распределения издержек между всеми гражданами, а также роль частного страхования в сфере медицинских услуг в разных странах сильно варьируются. Тем не менее, общие тенденции развития общенационального здравоохранения в мире позволяют сделать следующие выводы:

* Наличие медицинского страхования не равнозначно всеобщему доступу к услугам здравоохранения. На практике во многих странах страховка есть у всех, но медицинские услуги в ее рамках "дозируются", или людям приходится подолгу ждать очереди на лечение.
* Рост затрат на систему здравоохранения характерен не только для США. Хотя в других странах эти расходы составляют куда меньший процент совокупного ВВП и ВВП на душу населения, они увеличиваются практически везде, порождая дефицит бюджета, повышение налогов и сокращение социальных льгот.
* В странах, где акцент делается на государственном контроле над здравоохранением, граждане с наибольшей вероятностью сталкиваются с "листами ожидания", нормированием услуг, ограничениями на выбор врача и иными препятствиями в сфере медицинской помощи.
* Страны, где системы здравоохранения наиболее эффективны, добиваются подобного результата за счет отказа от централизованного государственного контроля и опоры на рыночные механизмы — конкуренцию, разделение издержек, рыночные цены и свободу выбора для потребителя.

Ни в одной стране не идет речь об отмене всеобщего медицинского страхования, но отход от централизованного государственного контроля и перевод здравоохранения на рыночную основу следует признать преобладающей общемировой тенденцией.

Таким образом, способ решения проблем американского здравоохранения заключается не в его огосударствлении, а в учете опыта других стран, который говорит о несостоятельности централизованной административно-командной системы и преимуществах предоставления потребителю более эффективных стимулов и свободы выбора.

**Введение**



В своем фильме "Здравозахоронение" (SiCKO) Майкл Мур рассказывает о проблемах американской медицины и предлагает ввести в этой сфере государственную систему, построенную по принципу "единого плательщика"[1]. Мур сравнивает американскую систему здравоохранения с канадской, британской и французской и делает выводы в пользу последних. Экономист и обозреватель New York Times Пол Кругман также считает, что здравоохранение во Франции, Британии и Канаде организовано лучше, чем в США[2]. А организация "Врачи за государственную программу здравоохранения" отмечает: Америка — "единственная из промышленно развитых стран, где медицинская помощь населению не находится под управлением государства"[3].

Эти и другие критики американской системы здравоохранения отмечают: в странах, где эта система поставлена на государственные рельсы, расходы на медицинскую помощь (в пересчете на среднедушевой ВВП) намного ниже, чем в США, а качество предоставляемых услуг по некоторым параметрам выше. Они утверждают: приняв на вооружение такую модель, Соединенные Штаты смогут решить многие из проблем, с которыми сегодня сталкивается их здравоохранение. Кругман, в частности, подчеркивает: "Очевидный способ повышения эффективности американской системы здравоохранения — сделать ее более похожей на аналогичные системы других развитых стран"[4].

Несомненно, США тратят на здравоохранение гораздо больше всех других стран — как в пересчете на долю ВВП, так и на душу населения. Как видно из рисунка 1, в США расходы на эти цели составляют сегодня почти 16% ВВП — это на 6,1% больше, чем средний показатель по другим индустриально развитым странам[5]. Совокупные затраты на здравоохранение растут в нашей стране быстрее, чем объем ВВП, и сегодня составляют более 1,8 триллиона долларов — на жилье, питание, национальную оборону или автомобили американцы тратят меньше[6].



Рис.1. Совокупные расходы на здравоохранение, % от ВВП   
Источник: OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries.   
Paris: OECD, 2007 (данные за 2004 год).

Впрочем, большие расходы на здравоохранение не всегда следует считать негативным явлением. Америка тратит деньги на медицину потому, что она является богатой страной и считает нужным это делать. Экономисты считают медицинские услуги "нормальным товаром", а это означает, что расходы на него имеют положительную корреляцию с уровнем доходов населения. По мере роста упомянутых доходов увеличивается и спрос людей на этот "товар". Поскольку мы — страна богатая, мы вправе требовать — и требуем — большего объема медицинских услуг[7].

Однако из-за характера распределения этих затрат они все более тяжелым бременем ложатся на плечи потребителей и корпораций. В целом годовая медицинская страховка на одно лицо сегодня обходится в 4479 долларов, а на семью — в 12106 долларов. Взносы на медицинское страхование повысились в 2007 году на 6% с небольшим — т.е. они росли быстрее, чем средняя зарплата[8].

Более того, государственные программы здравоохранения, особенно Medicare и Medicaid, порождают гигантскую задолженность, которую мы перекладываем на плечи будущих поколений. Непрофинансированные долговые обязательства Medicare сегодня превышают 50 триллионов долларов[9]. Если ситуацию пустить на самотек, в ближайшие сто лет доля расходов на Medicare в федеральном бюджете увеличится вчетверо[10].

В то же время неприемлемо большое число американцев остается за бортом медицинского страхования. Хотя критики системы часто приводят преувеличенные данные о количестве незастрахованных граждан, примерно 47 миллионов человек в любой конкретный момент времени не имеют медицинской страховки[11]. Впрочем, многие из этих людей в принципе соответствуют критериям для подключения к государственным программам; другую немалую часть составляют молодые люди с хорошим здоровьем; наконец, третьи остаются без страховки лишь на короткий срок[12]. Тем не менее, невозможно отрицать, что отсутствие страхования может создать серьезные проблемы многим американцам[13].

Наконец, хотя американская система здравоохранения способна обеспечить наивысшее в мире качество медицинской помощи, на практике этот показатель отличается неравномерностью. По оценке Института медицины, от 44 до 90 тысяч американцев ежегодно погибает в результате врачебных ошибок[14], а авторы статьи в New England Journal of Medicine утверждают, что лишь чуть больше половины пациентов в американских больницах получает помощь, соответствующую клиническим стандартам[15]. Аналогичным образом, по итогам исследования Rand Corporation выявились серьезные проблемы с качеством медицинской помощи, которую получают в США дети[16].

Многие критики американской системы здравоохранения полагают, что ответ на все эти вопросы заключается в создании государственного здравоохранения по принципу "единого плательщика"[17]. В рамках такой системы медицинские услуги должны финансироваться за счет налогов, а не платежей потребителей или частного страхования. Прямое взимание оплаты с пациентов должно быть запрещено или резко ограничено. Частное страхование, если и сохранится, будет охватывать лишь небольшой набор дополнительных услуг, не включенных в государственный страховой план. Государство будет контролировать расходы на медицинскую помощь, разрабатывая общенациональный бюджет системы здравоохранения и уровни компенсации.

Однако, если тщательнее изучить ситуацию в странах, где государственная система здравоохранения уже действует, станет ясно, что там есть свои серьезные проблемы, включая рост затрат, нормирование услуг, дефицит современных медицинских технологий, и низкую эффективность. Страны, чьим государственным системам здравоохранения удается избежать серьезных проблем такого рода, добиваются успеха как раз потому, что отвергают государственный контроль и берут на вооружение рыночные механизмы. Другими словами, национализация медицины эффективна — когда она не ведет к национализации медицины.

**Качество услуг здравоохранения в разных странах**



Ученые неоднократно предпринимали попытки сравнительного анализа систем здравоохранения в разных странах. По результатам большинства таких работ Соединенные Штаты выглядят неважно, значительно отставая в рейтингах от других индустриально развитых стран. Это дает критикам нашей системы здравоохранения повод утверждать, что по сравнению с гражданами других государств американцы платят за медицинские услуги больше, а получают за свои деньги меньше.

Тем не менее подобные рейтинги следует воспринимать скептически — по нескольким причинам. Во-первых, многие их создатели выбирают те сферы, где результаты исследования могут подтвердить уже сделанные ими выводы, или те направления, что наиболее важны согласно их собственным убеждениям. Так, в "Здравозахоронении" фигурирует ссылка на исследование Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), проведенное в 2000 году: по его результатам американская система медицинской помощи населению заняла 37-е место в мире, "слегка опережая Словению" (см. табл. 1)[18].

|  |  |
| --- | --- |
| **Таблица 1. Рейтинг систем здравоохранения по версии ВОЗ** | |
| **Страна** | **Место в рейтинге** |
| Франция | 1 |
| Италия | 2 |
| Сан-Марино | 3 |
| Андорра | 4 |
| Мальта | 5 |
| Сингапур | 6 |
| Испания | 7 |
| Оман | 8 |
| Австрия | 9 |
| Япония | 10 |
| Норвегия | 11 |
| Португалия | 12 |
| Монако | 13 |
| Греция | 14 |
| Исландия | 15 |
| Люксембург | 16 |
| Нидерланды | 17 |
| Великобритания | 18 |
| Ирландия | 19 |
| Швейцария | 20 |
| Бельгия | 21 |
| Колумбия | 22 |
| Швеция | 23 |
| Кипр | 24 |
| Германия | 25 |
| Саудовская Аравия | 26 |
| Объединенные Арабские Эмираты | 27 |
| Израиль | 28 |
| Марокко | 29 |
| Канада | 30 |
| Финляндия | 31 |
| Австралия | 32 |
| Чили | 33 |
| Дания | 34 |
| Доминиканская Республика | 35 |
| Коста Рика | 36 |
| США | 37 |
| Словения | 38 |
| Источник: The World Health Report 2000. Geneva: WHO, 2000. | |

Однако в основе исследования ВОЗ лежат выводы по таким весьма субъективным критериям, как "справедливость", или параметрам, не связанным напрямую с системой здравоохранения, вроде "контроля над табакокурением". США, к примеру, заслужили "плохую оценку" за то, что прогрессивная система налогообложения в стране отличается недостаточной последовательностью, а также за то, что не все граждане обеспечены там медицинской страховкой, а государственные программы соцобеспечения ограничены. Кроме того, низкий балл США в общем рейтинге во многом обусловлен тем, что по параметру "справедливость" они заняли лишь 54-е место. В вину Америке ставится наличие накопительных счетов на медицинские услуги, и в целом тот факт, что, по мнению ВОЗ, наши пациенты оплачивают слишком большую долю этих услуг из своего кармана[19]. В подобных выводах несомненно проявляется определенная политизированность, а не нейтральная оценка качества медицинской помощи населению. Следует также отметить, что ВОЗ ставит США на 1-е место по таким параметрам, как удовлетворение нужд пациентов в плане выбора врача или медицинского учреждения, уважительного отношения, сохранения самостоятельности, своевременности оказания помощи и конфиденциальности[20].

Проблемы возникают даже в тех случаях, когда используются более объективные критерии сравнения. Практически во всех межстрановых рейтингах в качестве одного из показателей используется средняя продолжительность жизни населения. На деле, однако, этот критерий плохо подходит для оценки системы здравоохранения. На среднюю продолжительность жизни влияет ряд внешних факторов, таких, как уровень насильственной преступности, бедности, распространенность ожирения, употребление табака, наркотиков и другие проблемы, не связанные со здравоохранением. Организация экономического сотрудничества и развития, в частности, поясняет: "Сравнительную степень воздействия различных факторов медицинского и немедицинского характера, влияющих на среднюю продолжительность жизни в различных странах и различные периоды времени, определить трудно"[21]. Достаточно вспомнить, что средняя продолжительность жизни в штатах Юта и Невада различается почти на три года — соответственно 78,7 и 75,9 лет — несмотря на то, что системы здравоохранения в обоих регионах практически идентичны[22]. Более того, Роберт Охсфельд и Джон Шнайдер, проводившие соответствующее исследование по заказу Американского института предпринимательства, установили: указанные внешние факторы вносят настолько масштабные искажения, что, если ввести поправку на убийства и несчастные случаи, Соединенные Штаты по средней продолжительности жизни займут в рейтинге 1-е место[23].

Не отличается надежностью и другой индикатор, часто используемый в ходе кросс-странового сравнительного анализа, — уровень детской смертности. В США новорожденных с аномально низким весом куда чаще удается выходить благодаря самым передовым медицинским технологиям. Некоторые из них, конечно, умирают вскоре после рождения, что повышает наш уровень детской смертности, однако в ряде других западных государств таких младенцев при расчете этого показателя вообще не учитывают[24]. Кроме того, во многих странах "проблемная" беременность устраняется за счет абортов. Так, Майкл Мур говорит о низкой детской смертности на Кубе, но там же отмечается один из самых высоких в мире уровней абортов, а это значит, что многие больные младенцы, которые могли бы умереть вскоре после родов, вообще не появляются на свет[25].

Если же сравнить результативность мероприятий по охране здоровья применительно к конкретным заболеваниям, то здесь Соединенные Штаты несомненно опережают все другие страны. Больные раком, воспалением легких, сердечными заболеваниями и СПИДом в США имеют куда больше шансов выжить, чем где-либо еще. Так, по результатам одного исследования, опубликованного в британском медицинском журнале Lancet, Америка занимает 1-е место в мире по проценту выживших при заболевании раком. Примерно 62,9 % мужчин-американцев, у которых был диагностирован рак, прожили после этого более пяти лет. Еще больше эта доля среди женщин — она составляет 66,2 %, или две трети. По этому показателю среди мужчин 2-е место занимает Исландия (61,8%), а среди женщин — Швеция (60,3%). В большинстве стран с государственной системой здравоохранения дела обстоят значительно хуже. Так, в Италии после диагноза "рак" лишь 59,7% мужчин и 49,8% женщин удается прожить не менее пяти лет. В Испании соответствующие цифры составляют 59% для мужчин и 49,5% для женщин. Наконец, показатели по Великобритании просто ужасны: там с диагнозом "рак" живут больше пяти лет 44,8% мужчин и 52,7% женщин[26].

Стоит отметить один примечательный факт: в прошлом году, когда бывшему премьер-министру Италии Сильвио Берлускони понадобилась операция на сердце, он лег не во французскую, канадскую, кубинскую или итальянскую больницу – а в Кливлендскую клинику (штат Огайо[27]. Аналогичным образом, депутат канадского парламента Белинда Стронах (Belinda Stronach) легла на операцию по поводу рака груди в одну из калифорнийских больниц[28]. Впрочем, Берлускони и Стронах пошли по стопам десятков тысяч других больных со всех концов света, ежегодно приезжающих в США на лечение[29]. Только одна из американских больниц — клиника Майо — ежегодно оказывает помощь примерно 7200 иностранцам. Медицинский центр при Университете им. Джонса Хопкинса принимает до 6000 таких пациентов в год, а Кливлендская клиника — более 5000. Треть канадских врачей ежегодно направляет одного из пациентов для лечения в Соединенные Штаты[30]. Эти люди, а также канадское государство, ежегодно тратят на медицинские услуги в нашей стране более миллиарда долларов[31].

Более того, по многим направлениям именно США являются мировым лидером инноваций и исследований в области здравоохранения. 18 из 25 последних лауреатов Нобелевской премии по медицине — либо американские граждане, либо ученые из других стран, работающие в Соединенных Штатах[32]. Половина всех новых препаратов, разработанных по всему миру за последние 20 лет, приходится на долю американских фармацевтических компаний[33]. Фактически американцы внесли существенный вклад в 80% важнейших изобретений в области медицины за последние три десятка лет[34]. Как показано на рисунке 2, передовые медицинские технологии в США используются гораздо шире, чем почти во всех других странах мира[35].

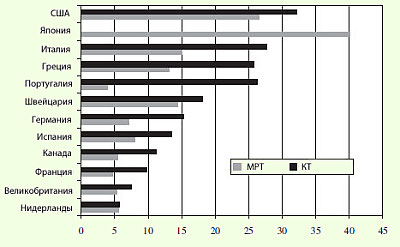


Рис.2. Количество аппаратов для магнитно-резонансной   
томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ)   
на миллион жителей

Примечание: данные по США приводятся за 2003 год.   
Источник: OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries.   
Paris: OECD, July 2007.

То же самое относится и к рецептурным лекарственным средствам. Так, 44% американцев, которым могут помочь статины — гиполипидемические препараты, понижающие уровень холестерина в организме и защищающие от сердечных заболеваний, — получают это лекарство. Приведенная цифра может показаться невысокой, но сравните ее с показателями по другим странам: 26% в Германии, 23% в Британии, и 17% в Италии[36]. Аналогичным образом, 60% американцев, которым прописаны нейролептические средства для лечения шизофрении и других душевных заболеваний, принимают препараты последнего поколения со сниженными побочными эффектами. В то же время в Испании и Германии подобные новейшие лекарства получают лишь, соответственно, 20% и 10% пациентов[37].

Конечно, вопрос о том, как это все интерпретировать — то ли другие страны недостаточно используют современные медицинские технологии, то ли Соединенные Штаты перегибают с ними палку — вызывает острые споры[38]. Некоторые государства, например, Япония, по уровню этих технологий не уступают США. Так или иначе, первенство Америки в плане разработок и производства медицинских технологий не оспаривает никто[39]. Даже если первоначальные исследования проводятся в других странах, работы, необходимые для превращения теоретической идеи в реальный коммерческий продукт, чаще всего осуществляются в Соединенных Штатах[40].

Аналогичным образом, не стоит забывать, что тысячи врачей-иностранцев приезжают работать в Соединенные Штаты, а многие зарубежные фармацевтические компании, стремясь избежать высоких налогов, регулирования и контроля над ценами, переносят основную деятельность на территорию нашей страны[41]. Так что во многом остальной мир "едет на закорках" у американской системы здравоохранения.

Конечно, у американской медицины есть свои проблемы. Слишком много наших граждан не имеют медицинской страховки и/или не могут позволить себе лечение наивысшего качества. Необходимо активнее сокращать затраты на здравоохранение и расширять доступность медицинских услуг. И пациенты, и медицинские учреждения нуждаются в большем объеме полезной информации. В рамках нашей системы деньги зачастую выбрасываются на ветер, а качество медицинской помощи отличается неравномерностью. Просчеты при осуществлении государственных медицинских программ вроде Medicare и Medicaid грозят будущим поколениям гигантским долговым и налоговым бременем.

Однако при реформировании системы здравоохранения необходимо руководствоваться главным заветом клятвы Гиппократа: не навреди. Поэтому, прежде чем переходить на государственную медицину, следует внимательнее изучить системы здравоохранения, существующие в других странах со всеми их преимуществами и недостатками.

Многие государства, чьи системы здравоохранения заняли первые 20 мест в рейтинге ВОЗ, например, Сан-Марино, Мальта и Андорра, слишком малы, чтобы их анализ мог дать интересующий нас результат, или обладают спецификой, делающей их опыт неприменимым для США. Поэтому в данном исследовании мы сосредоточимся на 12 странах, чья практика могла бы дать полезные уроки реформаторам американской системы здравоохранения: 10 из них входят в "первую двадцатку" ВОЗ, а две других часто называют в качестве образцов для нашей реформы.

**Типы систем здравоохранения**

Общенациональное или всеобщее здравоохранение — понятие весьма расплывчатое, и на практике оно реализуется различными способами. Система здравоохранения в каждой стране — это продукт ее уникальных характеристик, истории, политического процесса, и национального характера народа; многие из этих систем в настоящее время переживают масштабные реформы.

**Система единого плательщика**

В рамках системы здравоохранения, построенной по принципу "единого плательщика", медицинские услуги, оказываемые всем гражданам, финансирует государство. Оно собирает налоги, руководит оказанием медицинской помощи, и напрямую ее оплачивает. По сути речь идет о замене частного страхования полностью огосударствленной системой. Как правило правительство разрабатывает общий бюджет на нужды здравоохранения, решая, какую часть ресурсов страны следует выделять на эти цели, а также устанавливает цены или объемы компенсации тем, кто оказывает медицинские услуги. В некоторых случаях медики являются государственными служащими, получающими зарплату. В других они остаются независимыми и получают компенсацию в зависимости от объема оказанных услуг и проведенных лечебных мероприятий. В рамках самого жесткого варианта системы единого плательщика частное медицинское страхование и иные способы "добровольного выхода за рамки" государственной медицины запрещены. Именно такому варианту отдают предпочтение Майкл Мур, Пол Кругман, Деннис Куcинич, организация "Врачи за государственную программу здравоохранения" и иже с ними.

**Медицинское страхование по месту работы**

В странах, где существует подобная система, государство требует от работодателей обеспечивать своих работников медицинской страховкой, зачастую через получастные "больничные кассы". Эти страховые фонды могут действовать в рамках одного или нескольких секторов экономики, при этом размер взносов и выплат устанавливается государством. Зачастую такие взносы представляют собой просто разновидность налога на зарплату и выплачиваются напрямую в соответствующий фонд. Медицинские учреждения остаются независимыми, а объемы получаемого ими вознаграждения за услуги устанавливаются в результате переговоров с фондами, порой в индивидуальном порядке, а порой в общенациональном масштабе. Образцом такой системы долгое время являлось германское здравоохранение.

**Управляемая конкуренция**

В рамках системы управляемой конкуренции оказание медицинских услуг остается в частных руках, но этот рынок носит "искусственный" характер, находясь под жестким контролем и регулированием государства[42]. В большинстве случаев государство предписывает гражданам в обязательном порядке приобретать медицинскую страховку, что, впрочем, часто сочетается с обязанностью работодателей страховать своих служащих. Индивиды могут выбирать страховую организацию в рамках регулируемого рынка, а также провайдера медицинских услуг. Хотя стандартный страховой "пакет" устанавливается государством, страховым компаниям разрешено конкурировать друг с другом по ценам, уровням долевого участия потребителя в оплате услуг и дополнительному покрытию. В наиболее чистом виде система всеобщего страхования, основанная на управляемой конкуренции, действует в Швейцарии, хотя недавно на аналогичную основу было переведено и здравоохранение в Нидерландах. Клинтоновский план преобразования системы здравоохранения, разработанный в 1993 году, медицинская реформа 2006 года в Массачусетсе и большинство предложений в этой области, озвучиваемых сегодня кандидатами от Демократической партии, представляют собой вариации на тему "управляемой конкуренции"[43].

В рамках этих общих категорий наблюдаются существенные различия. В некоторых странах, например, Франции и Японии, долевое участие потребителей в финансировании здравоохранения довольно значительно — таким образом там пытаются избежать излишних обращений за медицинской помощью и чрезмерного роста затрат на эти нужды. В других государствах суммы, которые потребитель обязан выложить из собственного кармана, резко ограничиваются. Кое-где гражданам разрешено свободно выбирать медицинские учреждения, в других государствах эти возможности сильно урезаются. В каких-то странах широко распространено приобретение альтернативных или дополнительных полисов у частных страховщиков, а где-то частное страхование запрещено или развито крайне слабо. Распределение ресурсов и расстановка приоритетов также сильно варьируются. В Японии, например, огромные средства вкладываются в новые технологии, но компенсация за хирургические операции ограничена, а Францию отличает необычайно высокий уровень рецептурного отпуска лекарств.

Практические результаты также существенно различаются. В Канаде, Великобритании, Норвегии и Испании медицинские услуги строго нормируются, или пациентам приходится долгое время ждать очереди на лечение, а Франции и Швейцарии удается в целом избегать таких очередей. В то же время Франция, Италия и Германия испытывают трудности из-за роста затрат на здравоохранение, ложащихся тяжелым бременем на государственный бюджет, а в Канаде и Великобритании с обузданием этих расходов справляются успешнее. Ну а в некоторых странах, например Греции, всеобщее медицинское страхование существует только на бумаге.

Учитывая все вышеизложенное, приступим теперь к описанию систем здравоохранения по странам.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [Франция](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_F.html)  [Италия](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_It.html) | [Испания](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_Is.html)  [Япония](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_J.html) | [Норвегия](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_No.html)  [Португалия](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_P.html) | [Греция](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_G.html)  [Нидерланды](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_Ni.html) | [Великобритания](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_A.html)  [Швейцария](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_Sh.html) | [Германия](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_Ger.html)  [Канада: некоторые соображения](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_K.html) |

**Заключение**

У американской системы здравоохранения, несомненно, есть свои проблемы. Расходы на нее растут, и распределяются они таким образом, что некоторые люди не могут себе позволить тех медицинских услуг, которые они хотели бы получить или в которых нуждаются. Более того, хотя количество американцев, не имеющих медицинских страховок, зачастую преувеличивается, таких людей в нашей стране действительно слишком много. И хотя в США предоставляются услуги здравоохранения наивысшего в мире качества, это качество не везде одинаково, и слишком часто американцы не могут получить медицинскую помощь, соответствующую должным стандартам. Однако опыт других стран, где здравоохранение построено на государственной основе, показывает, что выход из ситуации следует искать в рыночных реформах, а не в усилении государственного контроля.

Конечно, национальные системы здравоохранения в различных странах не соответствуют какому-то единому образцу. Межстрановые различия в этой сфере настолько велики, что сами понятия "государственное здравоохранение" и "всеобщее медицинское страхование" порой лишь вводят в заблуждение — как будто все разнообразие способов, которыми в разных странах организуется медицина и медицинское страхование, можно вписать в некую стандартную коллективную модель. Система здравоохранения в каждой стране — это продукт ее уникальных условий, истории, политической жизни и национального характера. Принципы организации этих систем варьируются от "управляемой конкуренции" в Нидерландах и Швейцарии до жесткой структуры по принципу единого плательщика в Великобритании, Канаде и Норвегии, и множества промежуточных вариантов.

В некоторых странах действует система "единого плательщика" в чистом виде: там запрещено частное страхование и даже ограничиваются возможности пациентов оплачивать медицинские услуги из собственного кармана. В рамках других систем игроков много — там частные страховщики конкурируют друг с другом, а уровень государственного регулирования и субсидирования варьируется. В каких-то государствах медицинское страхование осуществляется по месту работы, а в других работа и страхование полностью разделены. Где-то потребители должны оплачивать немалую часть стоимости медицинских услуг либо за счет значительных страховых вычетов, либо за счет долевого участия. В других государственное страховое покрытие полностью компенсирует медицинские расходы граждан. В одних государствах пациенту предоставлена полная свобода выбора врача, в других свобода выбора распространяется только на терапевтов, а для приема у специалистов необходимо направление. В рамках некоторых систем ограничивается даже выбор врачей первичной медицинской помощи.

На деле единственный тип медицинской системы, который вы не найдете в реальном мире, — это тот, что описывают Майкл Мур, "Врачи за государственную программу здравоохранения" и другие сторонники государственной медицины. В мире нет системы здравоохранения, которая предоставляла бы медицинские услуги в неограниченном объеме без страховых взносов, вычетов или долевого участия и к тому же при полной свободе выбора врача. К примеру, в "Здравозахоронении" Мур клеймит американских страховщиков за то, что они отказываются компенсировать расходы на крайне редкие или экспериментальные виды лечения[323]. Кроме того, в ходе "праймериз" в Нью-Гемпшире штаб Джона Эдвардса (John Edwards) размещал на телевидении предвыборные ролики, где обыгрывалась трагическая кончина девочки-подростка из-за того, что компания, где был застрахован ее отец, отказалась оплачивать ей пересадку печени[324]. Подобные приемы эффективно играют на чувствах людей и подстегивают стремление к переменам. Тем не менее ни в одной стране мира вы не найдете системы медицинского страхования, даже государственной, которая регулярно оплачивала бы экспериментальные или непроверенные медицинские процедуры.

Аналогичным образом, сторонники государственной системы здравоохранения пользуются возмущением, которое многие пациенты (и врачи) испытывают из-за существования "привратников" и предварительных разрешений в рамках американской системы "регулируемого медобслуживания". Тем не менее во многих, если не во всех зарубежных системах здравоохранения такие процедуры также присутствуют. Более того, везде существует и долевое участие потребителей или иные формы совместного распределения расходов.

Необходимо также понимать, что никакую зарубежную систему нельзя напрямую "пересадить" на американскую почву. Американцы вряд ли согласятся с нормированием или ограничением медицинских услуг и технологий, с помощью чего пытаются обуздать расходы другие страны. Да и американским врачам не понравится сокращение их доходов до того уровня, что мы наблюдаем во Франции или Германии. Кроме того, политическая жизнь, экономика и национальная культура других стран зачастую очень сильно отличаются от американских. Их граждане во многих случаях куда больше доверяют действиям государства и с подозрением относятся к свободному рынку. Наконец, социологические опросы показывают, что жители многих стран, когда речь заходит о медицинской политике, ставят социальную солидарность и равенство выше качества и свободы выбора[325]. Американцы воспринимают эти вещи совершенно по-иному. Как отмечает социолог Билл Макинтарф (Bill McInturff), "за все годы моей работы по проведению опросов я ни разу не встречал человека, который сказал бы: "Я готов пойти на снижение качества медицинских услуг, которые получаю я сам, лишь бы все американцы могли получать хоть какую-то медицинскую помощь""[326].

Впрочем, как бы то ни было, из опыта других стран можно извлечь ряд важных уроков:

* Всеобщее медицинское страхование не равносильно всеобщему доступу к услугам здравоохранения. На практике, во многих странах, где такой доступ декларируется, существует нормирование медицинских услуг или крайне длинные очереди на лечение. Кроме того, наличие государственной системы здравоохранения не обязательно означает, что медицинским страхованием охвачены все граждане страны. В некоторых странах, где формально действует такая система, до реального достижения этой цели весьма далеко, а в большинстве других за бортом страхования оказывается как минимум небольшая часть (1–2%) населения. В США, конечно, незастрахованных граждан больше, но приведенные примеры показывают, насколько трудно добиться обеих целей — всеобщего медицинского страхования и всеобщего доступа к медицинским услугам.
* Рост расходов на здравоохранение не является чисто американским феноменом. Другие страны тратят на эти цели значительно меньше, как по отношению к совокупному ВВП, так и к ВВП на душу населения — зачастую это связано с тем, что их стартовый уровень расходов был ниже. Тем не менее эти затраты растут повсеместно, что приводит к бюджетному дефициту, увеличению налогового бремени и/или урезанию социальных расходов. В 2004 году (за более поздний период соответствующие данные отсутствуют) среднегодовое увеличение медицинских расходов на душу населения в странах, которым посвящено данное исследование, составило 5,55% — что лишь немного уступает соответствующему показателю для США (6,21%)[327]. Wall Street Journal отмечает в этой связи: "В будущем европейцев, из-за финансовых трудностей, с которыми сталкиваются их государства... ждет еще более резкий рост затрат на медицинские нужды"[328]. Одним словом, бесплатный сыр бывает только в мышеловках.
* Страны, где действует система "единого плательщика" или присутствует сильный элемент государственного контроля над здравоохранением, чаще всего сталкиваются с нормированием медицинских услуг, "листами ожидания", ограничением выбора пациентом врача, и другими барьерами в сфере доступа к медицинской помощи. Там же, где общенациональные системы здравоохранения отличаются большей эффективностью, — например, во Франции, Нидерландах и Швейцарии — этот результат связан в первую очередь с использованием рыночных механизмов, таких, как конкуренция, финансовая дисциплина, рыночные цены и свобода выбора для потребителей, а также отказ от централизованного государственного контроля.
* Неудовлетворенность и недовольство системой здравоохранения собственной страны, похоже, также наблюдаются повсеместно. Несомненно, американцам не нравится нынешнее состояние нашей медицины: по данным последнего опроса, проведенного Commonwealth Fund, целых 82% граждан США считают, что эта система требует либо фундаментального реформирования, либо полной перестройки[329]. Неудивительно, что вопрос о медицинской реформе люди считают важнейшей внутриполитической темой предстоящей президентской предвыборной кампании[330]. В то же время, упомянутое исследование Commonwealth Fund показало, что в каждой стране значительное большинство населения — от 58% в Нидерландах до 78% в Германии — выступает за фундаментальные реформы или полный пересмотр своих систем здравоохранения[331]. Итоги более ранних опросов, организованных Stockholm Network, говорят о таком же уровне недовольства[332]. Настрой общественности в других странах, пожалуй, не столь радикален, как в США, но одобрением существующего положения дел эти результаты никак не назовешь.
* Хотя ни одна страна, где действует всеобщее страхование, не намерена отказываться от этой системы, для них характерна ярко выраженная и усиливающаяся тенденция к отходу от централизованного государственного контроля и расширению использования рыночных элементов. Как отмечают Ричард Солтман и Иосиф Фигерас из ВОЗ, "тезис о примате государства пересматривается"[333]. А Алан Джекобс (Alan Jacobs) из Гарвардского университета указывает: несмотря на существенные различия в целях, содержании и стратегии, европейские страны в целом все больше внедряют в здравоохранении рыночные процедуры[334]. Таким образом, в то время как в США обсуждается переход к государственной системе здравоохранения, в тех странах, где она уже существует, речь идет как раз о том, чтобы придать ей характер, более близкий к американской.

Таким образом, изучение ситуации в других странах и их опыта позволяет сориентировать американцев в ходе нашей нынешней дискуссии. Государственное здравоохранение — не монолитное понятие, и это не такая ужасная вещь, как утверждают некоторые американские критики этой модели. Некоторые из таких систем отличаются эффективностью по ряду направлений.

Тем не менее, они не лишены серьезных недостатков. В большинстве случаев таким системам удается распространить медицинское страхование если не на всех, то на подавляющее большинство граждан. В то же время, в рамках государственного здравоохранения не удается 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, многие страны 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. Бывший председатель Европарламента Пэт Кокс (Pat Cox) в отчете, адресованном Еврокомиссии, подытожил ситуацию таким образом: "Чтобы получить значительно большую отдачу от вкладываемых средств, нам следует задействовать рыночные силы"[335].

Более того, увеличение доли государства в совокупных расходах на здравоохранение, продолжавшееся с конца Второй мировой войны до середины 1980-х, 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[336]. Если в Соединенных Штатах последние несколько десятков лет преобладала тенденция к "европеизации" системы здравоохранения, то Старый Свет, напротив, движется в "американском" направлении.

Таким образом, если американские политики и могут извлечь какой-то урок из опыта общенациональных систем здравоохранения в других странах, то он состоит в следующем: нам нужно не двигаться по пути огосударствления медицины, а, напротив, усиливать стимулы и контроль потребителей в этой сфере. Соединенные Штаты могли бы расширить охват медицинским страхованием и доступ к услугам здравоохранения, не "импортируя" при этом проблемы, свойственные государственным системам. И в процессе этого нам следует учиться не только на положительном опыте, но и на ошибках систем здравоохранения в других странах.

Автор выражает благодарность Пьеру Бессару (Pierre Bessard) из Institut Constant de Rebecque, Валентину Петканчину (Valentin Petkantchin) из Institut Economique Molinari, Альберто Миньярди (Alberto Mingardi) из Instituto Bruno Leoni и Регине Херцлингер (Regina Herzlinger) из Гарвардского университета за помощь в работе над настоящей статьей. Особую признательность автор хотел бы выразить Джонатану Кону (Jonathan Cohn), репортеру New Republic и автору книги "Болезнь: неизвестная история о кризисе американского здравоохранения и людях, которые за него расплачиваются" (Sick: The Untold Story of America’s Health Crisis – and the People Who Pay the Price), за готовность ознакомиться с моей работой и высказать свои замечания несмотря на несогласие с ее выводами.