



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Некоторые размышления о приоритетных направлениях работы по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ

Автор:

Peter C. Smith

Империял колледж Лондона

Соединенное Королевство

Великобритании и Северной

Ирландии

Сентябрь 2015



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Некоторые размышления о приоритетных направлениях работы по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ

Автор:

Peter C. Smith

Империял колледж Лондона

Соединенное Королевство

Великобритании и Северной

Ирландии

Сентябрь 2015

Аннотация

В этом документе обобщена информация о тех мерах по повышению подотчетности систем здравоохранения, которые государства-члены Европейского региона ВОЗ приняли в период после принятия Таллиннской хартии: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния (2008 г.) и стратегии Здоровье-2020 (2012 г.). В этот период системы здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ испытали значительные трудности, включая экономический кризис, увеличение потребностей в медицинских услугах, а также дефицит ресурсов. Однако несмотря на сложную ситуацию, государства-члены во всех частях Региона приняли множество мер по повышению подотчетности систем здравоохранения. Настоящий документ содержит обобщенный анализ опыта государств-членов в этой области. Работа в этом направлении основывается на положениях Таллиннской хартии и стратегии Здоровье-2020 и на использовании таких подходов, как постановка четких количественных целей и измерение и оценка эффективности деятельности системы здравоохранения.

Ключевые слова

HEALTH PERSONNEL

HEALTH POLICY

HEALTHCARE FINANCING

HEALTHCARE SYSTEMS

PUBLIC HEALTH

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Выражение признательности.....	IV
1. Введение	1
2. Системы здравоохранения.....	2
3. Шесть составляющих системы здравоохранения	5
3.1 Предоставление услуг здравоохранения.....	5
3.2 Кадровые ресурсы здравоохранения.....	7
3.3 Информационное обеспечение	8
3.4 Медицинская продукция, вакцины и технологии.....	9
3.5 Финансирование.....	11
3.6 Лидерство и руководство.....	13
4. Минимизация неэффективности	15
5. Система здравоохранения в конкретном контексте	17
6. Обеспечение согласованности элементов системы.....	19
7. Ограничения	21
8. Заключительные замечания	23
Библиография	25

Выражение признательности

Прежде всего я хотел бы поблагодарить д-ра Tamás Evetovits (старший специалист по финансированию здравоохранения и исполняющий обязанности Барселонского офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Барселона, Испания) и д-ра Sarah Thomson (старший специалист по финансированию здравоохранения в Барселонском офисе ВОЗ по укреплению систем здравоохранения) за их очень ценные рекомендации и советы.

Я также хотел бы поблагодарить участников совещания экспертов по укреплению систем здравоохранения в рамках реализации стратегии Здоровье-2020 (Барселона, 3-4 ноября 2014 г.)

Особую признательность я хотел бы выразить д-ру Hans Kluge (директор отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ) за его ценную поддержку в подготовке данного документа.

1. Введение

Настоящий документ содержит ряд вводных замечаний по приоритетным направлениям работы по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Следует подчеркнуть, что в нем изложены личные взгляды автора и что он предназначен только для стимулирования дискуссии по данному вопросу. Его цель заключается в анализе ключевых областей систем здравоохранения с целью определения:

- основных ограничений, задач и вызовов, с которыми, принимая во внимание разнообразие стран Европейского региона, системам здравоохранения по-видимому, придется иметь дело в ближайшие пять-десять лет;
- приоритетных направлений работы по укреплению систем здравоохранения.

2. Системы здравоохранения

В настоящее время общепризнано, что усилия по улучшению здоровья населения и максимизации отдачи от ресурсов сектора здравоохранения не принесут желаемых результатов, если стратегии по достижению этих целей не были изначально скоординированы и согласованы. В свою очередь, для этого необходимо тщательно рассмотреть различные аспекты организации и функционирования систем здравоохранения.

Согласно *Докладу о состоянии здоровья в мире 2000 г.* системой здравоохранения является совокупность всех действий и мероприятий, главной целью которых является укрепление, восстановление или сохранение здоровья людей (1). Это определение никогда серьезно не оспаривалось, хотя оно иногда интерпретировалось по-разному. В Таллиннской хартии (2) понятие “система здравоохранения” было сформулировано следующим образом:

В политических и институциональных рамках каждой страны системой здравоохранения называется совокупность всех государственных и частных организаций, учреждений, структур и ресурсов, назначение которых – улучшение, сохранение или восстановление здоровья людей. Функции системы здравоохранения включают предоставление как индивидуальных, так и общественных услуг, а также действия по оказанию влияния на политику и деятельность других секторов, с тем чтобы в них уделялось должное внимание социальным, экологическим и экономическим детерминантам здоровья.

Это подчеркивает важность функции охраны здоровья населения в рамках системы здравоохранения.

В настоящее время уже имеется широкое согласие относительно ряда основных целей системы здравоохранения, которые должны включать следующие:

- улучшение здоровья людей;
- защита людей от финансовых последствий плохого здоровья;
- содействие достижению целей справедливости в отношении здоровья;
- минимизация неэффективности деятельности, связанной с достижением этих целей.

Понятие “отзывчивость системы здравоохранения”, которое было определено в *Докладе о состоянии здоровья в мире 2000 г.* (1) как способность системы здравоохранения удовлетворять законные ожидания людей в отношении их взаимодействия с системой здравоохранения, помимо ожиданий улучшения здоровья или богатства, было введено в качестве дополнительной цели. Однако консенсус относительно точной формулировки и важности этой цели, которая охватывает такие понятия, как уважение, достоинство, неприкосновенность частной жизни и длительность ожидания лечения, является менее широким.

В вышеуказанном докладе были выделены следующие четыре ключевые “функции” системы здравоохранения: руководство (также называемое стратегическим управлением), финансирование, формирование ресурсов и предоставление услуг (1). Впоследствии на этой основе была разработана концепция шести основных составляющих системы здравоохранения (3):

- предоставление услуг;
- кадровые ресурсы здравоохранения;
- информационное обеспечение;
- медицинская продукция, вакцины и технологии;

- финансирование;
- лидерство и руководство.

Эта формулировка служит полезной отправной точкой для изучения функционирования системы здравоохранения, диагностики ее слабых сторон и недостатков и выработки предложений по укреплению системы здравоохранения. Именно поэтому настоящий документ посвящен подробному рассмотрению этих составляющих.

Международная приверженность вышеприведенному понятию системы здравоохранения в рамках Европейского региона ВОЗ была подтверждена путем подписания Таллиннской хартии. Согласно этой хартии государства-члены взяли на себя следующие обязательства: инвестировать в системы здравоохранения и всемерно содействовать соответствующим инвестициям во всех отраслях, влияющих на здоровье; повышать уровень отзывчивости систем здравоохранения к ожиданиям и нуждам людей; а также обеспечивать готовность систем здравоохранения к эффективному преодолению кризисных ситуаций (2). Эти обязательства отражают признание того, что хотя многие детерминанты здоровья и находятся за пределами системы здравоохранения, эффективная организация профилактических и лечебных услуг является одним из основополагающих способов укрепления и сохранения здоровья людей.

Анализируя концепцию системы здравоохранения, следует четко определить конкретные цели анализа. В целом, при рассмотрении функций системы здравоохранения ВОЗ уделяет основное внимание позиции министерства здравоохранения страны и тем действиям, которые оно может осуществить. Это целесообразно, поскольку министр здравоохранения, как правило, является членом правительства, который несет ответственность за здоровье населения, а также за действия, предпринимаемые для защиты и укрепления здоровья людей. Однако при разработке общих предложений по укреплению системы здравоохранения важно признать, что точные границы ответственности за здоровье населения в разных странах различаются. В некоторых странах министры здравоохранения несут очень широкую ответственность за благополучие населения, в то же время как в других странах их ответственность может быть ограничена узким кругом функций, относящихся к оказанию лечебных услуг.

Систему здравоохранения следует рассматривать как единое целое, так как многие из ее составляющих способствуют проведению целого ряда мероприятий и видов лечения. Например:

- многие учреждения, оказывающие медицинские услуги – особенно больницы – занимаются проведением большего числа различных видов лечения;
- хорошие информационные ресурсы способствуют повышению эффективности профилактики и лечения широкого круга проблем со здоровьем;
- оптимальные механизмы финансирования (особенно возмещение расходов поставщиков медицинской помощи) являются хорошим стимулом активизации деятельности во всех областях медицины.

Таким образом, укрепление всех составляющих системы здравоохранения может внести значительный вклад в развитие широкого диапазона программ профилактики и лечения заболеваний.

Еще одной важной причиной необходимости анализа системы в целом является то, что многие важные взаимодействия происходят на стыке различных функций системы здравоохранения. Например, плохо функционирующие службы профилактики и лечения будут иметь значительные негативные последствия для смежных служб экстренной

медицинской помощи, а виды лечения, основанные на использовании одних и тех же ресурсов системы здравоохранения (например, медицинского персонала), могут оказывать глубокое влияние друг на друга. Учет этих взаимодействий имеет огромную важность при анализе систем здравоохранения.

Анализируя системы здравоохранения с экономической точки зрения, следует отметить, что в этой системе имеется множество возможностей для получения экономии от масштаба. Плохой дизайн или плохое функционирование системы здравоохранения могут поставить под угрозу качество и эффективность широкого спектра услуг. И напротив, правильно функционирующая система здравоохранения помогает улучшить многие виды услуг, оказываемых населению. Поэтому вопросы функционирования системы здравоохранения заслуживают особенно пристального внимания со стороны директивных органов и лиц, определяющих политику.

Наконец, очень важно подчеркнуть динамичный характер системы здравоохранения (4). Хорошее (или плохое) функционирование системы здравоохранения в текущий период во многом определяет характер будущего ее функционирования с точки зрения медицинских потребностей, использования медицинских услуг и расходов в рамках всей системы. Профилактика заболеваний является одним из важных аспектов динамики развития здравоохранения, но при принятии мер по укреплению систем здравоохранения в идеале также следует учитывать многие другие динамические детерминанты будущего спроса на медицинские услуги и предложения таких услуг.

Используя в качестве организующего принципа шесть вышеописанных составляющих, я проанализировал в этом документе те важные элементы системы здравоохранения, которые, по моему мнению, заслуживают тщательного внимания со стороны директивных органов и лиц, определяющих политику. Для каждой составляющей я предлагаю – основываясь на моем личном мнении – небольшое количество аспектов, которые могут быть приоритетными для укрепления системы здравоохранения. Они удовлетворяют следующим критериям:

- связанные с ними стратегические решения, скорее всего, будут иметь огромное влияние на достижение целей системы здравоохранения;
- связанные с ними стратегические решения окажут влияние на все звенья системы здравоохранения;
- значительные сомнения все еще остаются относительно того, какие именно рекомендации по данному вопросу следует давать лицам, определяющим политику;
- в рассматриваемой области, по-видимому, имеются существенные возможности для улучшения фактических данных и рекомендаций.

Затем в документе рассматриваются контекстуальные факторы, которые оказывают сильное влияние на общую эффективность системы здравоохранения, а также такой ключевой аспект, как минимизация неэффективности деятельности, которую можно рассматривать как нежелательный результат функционирования системы. В конце документа приводятся некоторые размышления о том, что любые отдельные реформы следует проводить с учетом всех составляющих системы здравоохранения и ограничений, присущих любым стратегиям и программам по укреплению или реформированию системы здравоохранения.

3. Шесть составляющих системы здравоохранения

3.1 Предоставление услуг здравоохранения

Эффективная организация и функционирование учреждений, оказывающих медицинские услуги – это одно из ключевых условий обеспечения высоких уровней эффективности деятельности. Многие аспекты предоставления услуг относятся к кругу ведения руководителей местного уровня и, следовательно, не имеют непосредственного отношения к деятельности и решениям директивных органов национального уровня (хотя, конечно же, всегда необходимо обеспечивать контроль эффективности деятельности и качества услуг – смотрите ниже раздел, посвященный вопросам лидерства и руководства).

Во многих случаях формирование системы предоставления услуг здравоохранения происходило под влиянием тех потребностей в услугах и тех медицинских технологий, которые существовали в прошлом. В современном мире, характеризующемся быстрыми изменениями и эпидемиологии, и технологии, многие системы здравоохранения стремятся провести реорганизацию больничного сектора с целью повышения его эффективности и результативности путем консолидации услуг, создания центров передового опыта и закрытия маленьких, неэффективных подразделений или стационаров. Реорганизация служб помощи больным с инсультом в Лондоне, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, является примером такой реорганизации (5). Другим примером являются усилия, направленные на то, чтобы изменить комбинацию различных служб амбулаторной и стационарной помощи с целью улучшения ведения больных с хроническими заболеваниями.

Местные службы здравоохранения работают по правилам, разработанным директивными органами, и эти правила могут иметь очень важные последствия как для деятельности на местном уровне, так и для деятельности системы здравоохранения в целом. Стратегические элементы предоставления услуг включают следующие:

- характер, заинтересованность и вовлеченность в общий процесс поставщиков медицинских услуг на уровне первичного, вторичного и третичного звена здравоохранения;
- степень, в которой разрешается или поощряется конкуренция и интеграция поставщиков медицинских услуг;
- степень, в которой поставщики медицинских услуг пользуются свободой вводить новшества и искать новые способы оказания услуг;
- легкость, с которой поставщики медицинских услуг могут выйти на рынок или покинуть его.

Важным фактором, требующим учета при реализации многих мер по реорганизации услуг, является политический контекст, в котором осуществляется такая реорганизация. Пациенты, более широкие слои населения, врачи и местные политики по вполне понятным причинам часто выступают против реорганизации местных служб здравоохранения. Поэтому для реализации изменений, предлагаемых директивными органами, требуются настойчивые усилия и авторитетная внешняя поддержка.

Одним из наиболее актуальных вопросов, особенно ввиду старения населения во многих странах, является поиск наиболее эффективных методов координации помощи, оказываемой людям с хроническими заболеваниями и несколькими сопутствующими заболеваниями. В этой

области по-прежнему нерешенными остаются многочисленные вопросы о роли первичной медицинской помощи, взаимодействиях с сектором социальной помощи, использовании информационных технологий, а также роли семьи и неформальных лиц, осуществляющих уход. Кроме того, механизмы сотрудничества и совместной деятельности различных секторов часто нуждаются в улучшении.

Возрос интерес к тому, чтобы сделать услуги здравоохранения более персонализированными, что означает ориентацию на оказание услуг здравоохранения с максимальным вниманием к предпочтениям и потребностям каждого конкретного человека (6). Одним из проявлений этой тенденции является понятие “личных бюджетов”, когда людям предоставляется возможность иметь личный бюджет, который они могут использовать для непосредственной покупки некоторых видов услуг в соответствии со своими предпочтениями (7). Это дает интересную информацию о том, каким образом координация медицинской помощи может быть обеспечена в будущем. Вопросы о том способствует ли персонализация услуг улучшению результатов, повышению эффективности и сдерживанию расходов, и кто именно будет стремиться к развитию этой тенденции, требуют дальнейшего изучения. Тем не менее, можно предположить, что люди все в большей степени будут ожидать, что к их индивидуальным потребностям и предпочтениям будут относиться более уважительно.

До сих пор на уровне принятия стратегических решений на удивление мало внимания уделяется качеству медицинских услуг. Однако работа Института медицины позволила выявить чрезвычайно большие различия в оказании медицинской помощи и в достигнутых результатах, которые, скорее всего, существуют во всех системах здравоохранения (8). Одним из наиболее очевидных направлений деятельности по укреплению системы здравоохранения является мониторинг таких различий, выявление случаев, когда они являются необоснованными и неприемлемыми, и внедрение механизмов для устранения таких различий путем повышения эффективности соответствующих служб здравоохранения. Важную роль в этом деле несомненно играют профессиональные работники здравоохранения.

Важные стратегические решения относительно предоставления услуг в идеале должны быть основаны на достоверных фактических данных. Еще одним ключевым элементом является контроль и оценка последствий таких решений, что позволяет руководителям высшего звена анализировать работу системы здравоохранения с точки зрения затрат, процессов и результатов для пациентов. С экономической точки зрения, очень важным вопросом является уровень экономии от масштаба, на который можно рассчитывать при использовании различных моделей предоставления медицинских услуг. Другими важными вопросами в этой области являются дефицит фактических данных и необходимость проведения соответствующих научных исследований для получения таких данных.

Приоритетные направления деятельности по улучшению услуг

Приоритетные направления деятельности по укреплению системы здравоохранения в этой области включают в себя следующие:

- оптимальная модель организации системы здравоохранения, включая такие элементы, как стационарная помощь и медицинское обслуживание на уровне местных сообществ;
- роль первичной медицинской помощи;
- степень концентрации специализированных услуг;
- координация оказания помощи при хронических заболеваниях;
- достижение наилучшего баланса между персонализацией услуг здравоохранения, с одной стороны, и сдерживанием расходов и обеспечением эффективности, с другой стороны;
- сбор научных данных о путях получения экономии от масштабов деятельности.

3.2 Кадровые ресурсы здравоохранения

Оплата труда работников здравоохранения – это крупнейший элемент расходов большинства систем здравоохранения. Кроме того, клинические решения врачей являются очень важным фактором в распределении ресурсов в системе здравоохранения и эффективности использования этих ресурсов. Таким образом, характер, предпочтения и качество персонала являются ключевыми аспектами работы системы здравоохранения и требуют пристального внимания со стороны директивных органов (9).

Основные элементы политики в этой области включают в себя:

- регулирование трудовых ресурсов;
- гибкость ролей и способность выполнять функции других категорий персонала;
- миграция работников здравоохранения;
- условия труда, заработная плата и возмещение расходов;
- политика в отношении обучения работников здравоохранения и их выхода на пенсию.

Системы здравоохранения всех европейских стран испытывают тревогу относительно предложения рабочей силы – особенно врачей и медсестер. На этом рынке труда имеется значительная опасность формирования дефицита кадров – особенно врачей, что объясняется их длительным и дорогостоящим обучением и неопределенностью относительно будущих потребностей в клинических навыках. До сегодняшнего дня одним из решений проблемы кадров здравоохранения для стран с высоким уровнем доходов была миграция медицинских работников из других стран. Однако возросшие практические и этические проблемы, связанные с надеждой на привлечение врачей, подготовленных в других странах, ставят под сомнение устойчивость такой политики. Существует также обеспокоенность относительно того, что отдельные страны имеют стимул к бесплатному использованию работников здравоохранения, прошедших обучение в других странах, и даже не стремятся подготовить количество квалифицированных медицинских работников, необходимое для замены работников, выходящих на пенсию. Связанный с такой политикой дефицит врачей и других медицинских специалистов может также увеличить расходы на зарплату работников здравоохранения и усложнить задачу привлечения достаточного количества квалифицированных кадров в отдаленные или непривлекательные населенные пункты и территории.

Учитывая важность обеспечения достаточного количества медицинского персонала требуемого типа и качества и приверженного своему делу, очень странно, что на данный момент существует так мало твердых фактических данных относительно оптимальных методов обучения, мотивации, удержания и профессионального развития врачей. Вполне возможно, что относительно простые изменения в условиях труда врачебного персонала могут оказать глубокое влияние на его качество и эффективность – в частности, по отношению к организации работы мультидисциплинарных команд. С другой стороны, неэффективные реформы в области организации работы медицинского персонала могут привести к значительному недоиспользованию существующего потенциала. Необходимость увеличения объема новых научных данных является более чем убедительной.

Ввиду свободного передвижения рабочей силы в большей части Европы в центр внимания следует поставить задачу обеспечения сопоставимости и качества профессиональных знаний и навыков. В более широком смысле важными факторами, влияющими на предложение рабочей силы и эффективность системы здравоохранения, являются регулирование и контроль профессиональной компетентности медицинских работников и способность и готовность врачей выполнять новые и гибкие роли.

Приоритетные направления деятельности по развитию кадровых ресурсов здравоохранения

Приоритетные направления деятельности по укреплению системы здравоохранения в этой области включают в себя следующие:

- обеспечение необходимых кадровых ресурсов во всех дисциплинах и специальностях;
- проведение пересмотра профессиональных ролей медицинских работников и развитие профессиональной гибкости;
- координация усилий по управлению международной миграцией работников здравоохранения и обеспечению их профессиональной компетентности;
- развитие кадровых ресурсов в отдаленных и неблагоприятных территориях;
- сбор научных данных о путях максимального использования кадрового потенциала.

3.3 Информационное обеспечение

Информация, являющаяся одним из важнейших ресурсов на всех уровнях системы здравоохранения, используется пациентами, практическими врачами, поставщиками услуг, органами, осуществляющими стратегические закупки, и системой здравоохранения в целом. Информация используется для очень широкого круга целей, включая следующие: улучшение медицинской помощи, мониторинг здоровья населения, подбор и реализация оптимальных схем лечения, поддержка мероприятий по улучшению медицинской помощи, мониторинг безопасности медицинского обслуживания, обеспечение управленческого контроля и содействие подотчетности системы здравоохранения перед гражданами. Информация помогает различным заинтересованным сторонам (пациентам, врачам, менеджерам, правительству и гражданам) принимать более взвешенные решения по методам совершенствования системы здравоохранения с целью достижения лучших результатов в плане улучшения здоровья людей (10).

Тем не менее, в таких областях деятельности, как сбор, организация, хранение, анализ и распространение информации, в большинстве систем здравоохранения имеются значительные недостатки. Потенциальный выигрыш в повышении эффективности и качества услуг в результате лучшего управления информацией редко реализуется в сколь-либо значительной степени в области здравоохранения, несмотря на то, что в других секторах экономики в этой области накоплен очень хороший опыт.

В настоящее время имеется ряд конкретных примеров успешной реализации потенциала информационного обеспечения – например, использование электронных медицинских карт в Эстонии (11), но в большинстве стран опыт в этой области разочаровывает. Основные потенциальные улучшения в сфере информационного обеспечения, которые пока что не в полной мере внедрены в системе здравоохранения, включают в себя следующие:

- операционная совместимость электронных медицинских карт пациентов между различными поставщиками медицинских услуг;
- утверждение и распространение руководящих принципов и стандартов лечения (например, в виде протоколов лечения);
- измерение результатов лечения пациентов и оценка эффективности поставщиков медицинских услуг;
- оценки эффективности всей системы здравоохранения.

Информация – это не только важный ресурс для служб здравоохранения и для исследований в области общественного здравоохранения, но и основополагающий элемент качественной информационно-аналитической базы, необходимой для надлежащего руководства системой здравоохранения. В работе по укреплению системы здравоохранения вопросам организации и приоритизации исследований часто не уделяют достаточного внимания,

несмотря на то, что директивным органам и руководителям может не хватать фактических данных, необходимых для того, чтобы действовать с уверенностью. Так, например, многие реформы системы здравоохранения или медицинских услуг проводятся без надлежащей программы последующей оценки их результатов. Из-за этого значительная польза от проводимых реформ с точки зрения использования извлеченных уроков и эффективных подходов в других местах и странах может остаться нереализованной.

Хотя информация и является жизненно важным ресурсом для многих заинтересованных сторон в системе здравоохранения, ее эффективное использование часто зависит от того, имеется ли возможность для сравнения соответствующих данных по аналогичным категориям пациентов, поставщиков медицинских услуг или географических зон. Такое сравнение не может быть проведено без национальных или международных договоренностей относительно спецификации данных, информационных протоколов и распределения обязанностей по отчетности и распространению информации. Без таких договоренностей информационная система не сможет производить данные, необходимые для достоверного сравнения соответствующих аспектов и поэтому многие предпосылки для улучшения системы здравоохранения будут отсутствовать.

Приоритетные направления улучшения информационного обеспечения

Приоритетные направления деятельности по укреплению системы здравоохранения в этой области включают в себя следующие:

- внедрение электронных медицинских карт для улучшения координации медицинской помощи;
- совершенствование протоколов лечения;
- оценка эффективности деятельности практикующих врачей, организаций и систем;
- национальная и международная стандартизация и сравнение данных.

3.4 Медицинская продукция, вакцины и технологии

В политике здравоохранения часто не уделяется достаточного внимания таким аспектам, как медицинская продукция, вакцины и технологии. Директивные органы и лица, определяющие политику, как правило, лишь пассивно принимают реалии, связанные с доступными технологиями, и редко активно поощряют инновации. Ключевые меры политики в этой области относятся к оценке медицинских технологий (также известных как технологии здравоохранения), закупке медицинской продукции и ценообразованию на медицинскую продукцию. В поддержку этих функций во многих европейских странах были созданы агентства по оценке медицинских технологий.

Оценка медицинских технологий, в принципе, является важным стратегическим рычагом для обеспечения того, чтобы финансируемые государством медицинские услуги приносили максимальную социальную выгоду (как правило, выражаемую в показателях улучшения здоровья) в условиях ограниченных ресурсов. Цель такой оценки заключается в обеспечении того, чтобы для государственного финансирования выбирались только те технологии, которые обеспечивают наилучшее соотношение затраты-выгода (12). Это может облегчить принятие взвешенных решений относительно увеличения или сокращения инвестиций – в зависимости от того наблюдается ли рост национального бюджета, или, наоборот, требуются меры по сдерживанию затрат. Охват оценок медицинских технологий может быть расширен – в частности, для выявления обстоятельств, в которых используются определенные технологии (например, таких как категория пациентов или этап прогрессирования заболевания), или даже для сбора информации, необходимой для разработки клинических руководств.

Однако методология проведения оценки медицинских технологий и соответствующие институциональные механизмы могут быть значительно улучшены. Многочисленные технические проблемы остаются нерешенными – например, как включить в оценку дополнительные параметры, такие как справедливость в отношении здоровья; как оценить взаимодействия между различными видами лечения; как представлять и управлять факторами неопределенности; как дисконтировать будущие затраты и выгоды; а также как оценить воздействие технологий, выходящее за рамки улучшения здоровья людей.

Кроме того, имеется большая неопределенность относительно обеспечения наилучших институциональных механизмов для проведения оценок медицинских технологий. Например, как можно обеспечить на практике рекомендуемое использование технологий без охвата неподходящих категорий пациентов? Как механизмы оценки медицинских технологий могут быть использованы для оптимального ценообразования полезных технологий? До сих пор не имеется общего согласия относительно методов обеспечения надлежащего участия соответствующих заинтересованных сторон, таких как пациенты, плательщики, производители медицинской продукции и политики.

Одним из самых слабых аспектов деятельности системы здравоохранения является стимулирование новых рынков медицинских технологий – особенно инноваций, относящихся к профилактике и лечению заболеваний. Развитие медицинских технологий, особенно в области фармацевтики, опиралось на патентную систему, которая функционировала хорошо в создании большого количества хорошо продающихся препаратов, предназначенных для лечения распространенных заболеваний (т.е. с крупными рынками сбыта). Однако сейчас уже имеется множество фактических данных о том, что такой подход к исследованиям и разработкам скоро утратит свою полезность. Дело в том, что в настоящее время системы здравоохранения прилагают большие усилия для удовлетворения потребностей в новых видах лечения (например, таких как сохранение возможностей для независимой жизни людей с длительными хроническими заболеваниями), в видах лечения заболеваний, не имеющих крупного рынка сбыта (таких как редкие болезни) или в эффективных способах инфекционного контроля.

Если мы откажемся от традиционного подхода к разработке новых видов продукции, основанного на принципах “имущественного права”, то могут потребоваться новые модели сотрудничества – например, такие как сотрудничество исследователей на международном уровне или государственно-частные партнерства. Очень важно обеспечить согласованность процессов оценки медицинских технологий со стратегическими целями будущих технологических разработок.

Приоритетные направления деятельности в отношении медицинской продукции, вакцин и технологий

Приоритетные направления деятельности по укреплению системы здравоохранения в этой области включают в себя следующие:

- обеспечение того, чтобы оценка медицинских технологий была одной из составляющих системы здравоохранения;
- ценообразование и закупка медицинских технологий;
- стимулирование рыночного спроса на соответствующие технологические инновации;
- изучение возможностей для расширения государственно-частных партнерств и других инноваций в области исследований и разработок

3.5 Финансирование

Потоки финансирования в системе здравоохранения создают те средства, которые необходимы для предоставления услуг и стимулирования всех участников системы. Основные потоки финансирования в любой системе включают:

- сбор и объединение средств физических лиц, корпораций, международных доноров и других плательщиков (налоги или страховые взносы);
- распределение объединенных средств среди организаций, осуществляющих стратегические закупки медицинских услуг, таких как социальные страховщики, органы местного самоуправления или местные органы здравоохранения;
- выплаты поставщикам медицинских услуг, осуществляемые вышеуказанными организациями (их также называют стратегическими покупателями медицинских услуг);
- выплаты из собственных средств, которые пользователи и другие лица делают за различные продукты и услуги – иногда в виде неофициальных платежей.

Величина и характер этих четырех основных потоков сильно различаются между системами, но они существуют во всех странах.

В большинстве стран источники государственного финансирования весьма ограничены. Чаще всего ими являются общие налоговые поступления или поступления за счет страховых выплат работников и работодателей. Неоднократно обсуждалась роль налогов на общественное здравоохранение в расширении источников финансирования, хотя в основном такие налоги являются способом сделать более приемлемым для общественности увеличение общего налогообложения (дело в том, что на практике предположительно целевые налоги могут лишь в редких случаях быть направлены на осуществление конкретных государственных функций). Ключевым вопросом для директивных органов и лиц, определяющих политику, которые заинтересованы в продвижении концепции всеобщего охвата услугами здравоохранения, является обеспечение того, чтобы взносы на финансирование системы здравоохранения – в любой форме – не были связаны с потребностями в услугах здравоохранения конкретных людей, и чтобы источники финансирования были стабильными и надежными несмотря на изменение экономических условий.

После сбора на агрегированном уровне средства должны быть распределены среди стратегических покупателей медицинских услуг, таких, как местные органы здравоохранения или страховщики. Главной задачей на данном этапе, как правило, является обеспечение своего рода выравнивания рисков, чтобы защитить стратегических покупателей услуг от вариаций в медицинских потребностях обслуживаемого ими населения, что необходимо для предоставления гражданам стандартного пакета медицинских услуг. Это технически сложная задача, но ее решение имеет особенно важное значение для предотвращения сбоев рыночных механизмов в системах здравоохранения с конкурентными рынками медицинского страхования.

Оплата поставщиков услуг, по-видимому, является той областью политики финансирования здравоохранения, где можно наиболее существенно улучшить механизмы политики. Хотя большинство стран отказались от простой системы возмещения “оплат за услуги”, многие продолжают полагаться на механизмы оплаты услуг за законченный случай лечения заболевания, которые часто основаны на той или иной системе клинико-статистических групп (КСГ) (13). Такие системы способствуют принятию мер по сокращению расходов в рамках каждой КСГ, но – если они недостаточно тщательно разработаны – их использование

может стимулировать предоставление ненадлежащих видов лечения, особенно в условиях стационара. Традиционные системы оплаты услуг за законченный случай лечения заболевания являются особенно неподходящими моделями, когда речь идет о лечении хронических заболеваний. Поэтому многие системы здравоохранения прилагают усилия для разработки более эффективных механизмов оплаты поставщиков услуг, такие как ежегодные подушевые выплаты и другие виды комбинированных платежей, направленных на стимулирование усилий по улучшению состояния здоровья людей и сокращение использования услуг, не являющихся необходимыми. Эти инновации, конечно же, должны реализовываться в сочетании с адекватными механизмами мониторинга, чтобы обеспечить подотчетность поставщиков услуг перед пациентами и плательщиками.

В настоящее время возрастает интерес к моделям оплаты по результатам работы, согласно которым поставщики услуг получают повышенную оплату, когда их работа удовлетворяет определенным критериям качества. Хотя такие модели и являются хорошим средством повышения целенаправленности стратегических закупок и подотчетности поставщиков медицинских услуг, результаты их использования пока что были скромными (14).

Платежи из собственных средств играют две роли, так как они позволяют не только получать дополнительные средства на финансирование системы здравоохранения, но и управлять спросом на услуги. Они, как правило, носят очень регрессивный характер и препятствуют усилиям по обеспечению всеобщего охвата и доступа к медицинской помощи. Тем не менее, они являются основным источником доходов во многих странах с низким уровнем дохода, а многие страны с высоким уровнем дохода используют их в некоторых областях, особенно, когда речь идет о фармацевтических препаратах и амбулаторных услугах. Сборы с пользователей могут быть использованы для поощрения “предпочтительного” поведения – например, для того, чтобы пациенты в меньшей степени обращались за видами лечения, не входящими в пакет медицинских услуг, финансируемых государством, или к поставщикам медицинских услуг, которые не включены в список поставщиков, утвержденный плательщиком.

Рынок добровольного (частного) медицинского страхования может быть сформирован в тех случаях, когда сборы с пользователей являются значительными, когда качество услуг, финансируемых государством, является низким, когда утвержденный законом пакет медицинских услуг ограничен, или когда некоторые люди не имеют права на медицинскую помощь, финансируемую государством (15). С точки зрения охвата услугами здравоохранения такие рынки могут нанести ущерб более бедным или менее здоровым людям, если страховые взносы устанавливаются на основе страхового риска и ожидаемых расходов. Кроме того, если люди используют систему добровольного медицинского страхования, то прямые эффекты сборов с пользователей могут быть сведены на нет.

Приоритетные направления деятельности в области финансирования

Приоритетные направления укрепления системы здравоохранения в этой сфере включают в себя следующие:

- обеспечение надежных и стабильных источников финансирования медицинских услуг;
- определение надлежащей роли сборов с пользователей в системе финансирования здравоохранения;
- определение надлежащей модели “объединения” оплаты работы поставщиков медицинских услуг;
- роль системы оплаты по результатам работы.

3.6 Лидерство и руководство

Даже идеально организованная система здравоохранения не может функционировать без хорошего лидерства и руководства. Поэтому системы здравоохранения должны иметь механизмы для обеспечения того, чтобы учреждения системы здравоохранения работали надлежащим образом. Понятие “руководство” может охватывать огромный спектр вопросов, относящихся к организации системы здравоохранения, регулированию деятельности и стратегическим закупкам медицинских услуг. Примером практического руководства сложной системой здравоохранения является опыт Нидерландов, где наличие большого числа “предварительных условий” отражает множество требований, относящихся к руководству выбранной системой “управляемой конкуренции” (16). Менее развитые системы здравоохранения с более ограниченным потенциалом в вопросах лидерства и руководства могут в силу необходимости принять более простые подходы к регулированию и закупке медицинских услуг и услуг по укреплению здоровья людей.

Многочисленные подходы к институциональной структуре системы здравоохранения включают в себя необходимость принятия решений относительно следующих элементов: механизмы страхования; функции укрепления здоровья и первичной медицинской помощи; рынки, на которых работают службы медицинской помощи; роль частных, государственных и некоммерческих секторов; механизмы обеспечения подотчетности различных звеньев системы. Результаты работы в рамках Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), по-видимому, свидетельствуют об отсутствии какого-либо “наилучшего” подхода к организации и регулированию системы здравоохранения (17). По-видимому, более важным вопросом является обеспечение эффективной работы институтов и механизмов, выбранных для конкретной системы здравоохранения.

Механизмы регулирования необходимы на всех уровнях системы, так как они позволяют скорректировать сбои рыночных механизмов и обеспечить надлежащее функционирование системы. Важные регулирующие функции включают следующие: контроль качества работы поставщиков медицинских услуг, обучение и обеспечение качества кадровых ресурсов здравоохранения, распределение средств среди стратегических покупателей, оценка медицинских технологий, стратегические закупки, финансовый аудит, контроль конкуренции, регулирование рынка, установление цен на услуги здравоохранения, ценообразование фармацевтических препаратов, выдача разрешений на фармацевтические препараты, а также контроль за клиническими исследованиями. Сбои в работе любого из этих секторов могут иметь серьезные неблагоприятные последствия для пациентов и плательщиков.

Одной из составляющих руководства являются механизмы отчетности, задача которых заключается в тщательной оценке эффективности работы поставщиков услуг и обеспечении их подотчетности. Они могут принимать форму: механизмов “командования и контроля”, осуществляемых государственными органами; рыночных механизмов, основанных на выборе пациентов; профессионального надзора и регулирования; или демократических процессов голосования. Каждый из них зависит от высококачественной информации, и, по-видимому, ни один из них в одиночку не сможет обеспечить надлежащую эффективность услуг здравоохранения (10).

Лидерство является одним из ключевых условий повышения управленческого потенциала на всех уровнях системы здравоохранения, включая управление работой клинических команд. В секторе здравоохранения необходимо обеспечить высококачественное управление, особенно, если в стране поставлена задача развивать инновации и творческие подходы к решению задач медицинского обслуживания населения в современном мире. Способность

к инновациям часто влечет за собой предоставление руководителям и менеджерам более высоких уровней автономии, что, однако, срабатывает только тогда, когда эти люди имеют необходимый лидерский потенциал.

Изучение функций лидерства и руководства в секторе здравоохранения находится на ранней стадии. Поэтому прежде чем можно будет приступить к более существенному их анализу, необходимо уточнить соответствующие понятия и структуры (18). Цель должна заключаться в том, чтобы лучше понять, какие механизмы руководства необходимы, как обеспечить их наилучшее функционирование и какой лидерский потенциал необходим для направляющего руководства на всех уровнях (на уровне всей системы здравоохранения, на уровне закупок, а также на организационном и клиническом уровнях). Необходимо помнить о том, что в некоторых отношениях руководство является всеобъемлющей концепцией, так как оно требуется для всех составляющих системы здравоохранения, поскольку недостатки в руководстве могут иметь место в любом другом звене системы (например, в виде неэффективного регулирования рабочей силы).

Приоритетные направления деятельности в области лидерства и руководства

Приоритетные направления деятельности по укреплению системы здравоохранения в этой области включают в себя следующие:

- надлежащие виды и уровни регулирования;
- улучшение системы стратегических закупок услуг здравоохранения;
- создание лидерского потенциала на всех уровнях;
- более четкая конкретизация целей и показателей эффективности и улучшение системы их распространения.

4. Минимизация неэффективности

Во всех системах здравоохранения наблюдаются случаи неэффективной деятельности. Такую неэффективность можно рассматривать как нежелательный результат функционирования системы. Она возникает тогда, когда система здравоохранения либо осуществляет “неправильные” действия (аллокативная неэффективность), либо выполняет свои функции неэффективно (техническая неэффективность). Возможно, наиболее простым определением понятия “неэффективность” является то, что она представляет собой напрасную трату ресурсов. Такая трата ресурсов оказывает негативное влияние на больных – либо непосредственно, когда некоторые из них не получают оптимальной помощи, либо косвенно, когда пациенты не получают нужного лечения из-за того, что требуемые ресурсы были впустую истрачены в других звеньях системы здравоохранения.

По оценкам Berwick и Hackbarth (19), в Соединенных Штатах Америки около трети расходов на медицинскую помощь являются напрасной тратой ресурсов. Berwick и Hackbarth выделяют следующие виды напрасной траты ресурсов:

- неадекватная медицинская помощь;
- неадекватная координация медицинской помощи;
- избыточное лечение;
- административная сложность;
- неадекватное ценообразование;
- мошенничество.

Все вышеуказанное хорошо иллюстрирует виды неправильного или неэффективного использования финансов системы здравоохранения.

Два основных подхода, которые используются при анализе неэффективности системы здравоохранения – это подход с позиции “макроперспективы” и подход с позиции “микрперспективы”. При подходе с позиции макроперспективы рассматривается эффективность системы здравоохранения в целом с точки зрения достижения желаемых результатов (в частности, улучшения здоровья) с учетом ресурсов, потребляемых системой, а также неконтролируемых контекстных влияний на достижение желаемых результатов. Понятие “неэффективность” можно также охарактеризовать как степень несоответствия между фактическими результатами деятельности системы здравоохранения и результатами, которые могли бы быть получены в принципе. Эта перспектива полезна для рассмотрения того, хорошо ли организована система здравоохранения и функционирует ли она надлежащим образом. Однако она менее полезна для точного определения источников любой неэффективности. Для этой цели необходимо большее количество микропоказателей эффективности деятельности, например, таких как уровень необоснованной госпитализации, длительность госпитализации и уровень врачебных ошибок. Но и такие показатели могут ввести в серьезное заблуждение, если они не анализируются в более широком контексте. Так, например, можно иметь высокоэффективный больничный сектор в рамках очень неэффективной системы здравоохранения. Это происходит тогда, когда большая часть функций, выполняемых больницами, может осуществляться более эффективно и по более низкой цене профилактическими службами или службами первичной медицинской помощи.

Если каждой составляющей системы здравоохранения будет уделяться надлежащее внимание, это может помочь устранить проблему неэффективности. При этом первым необходимым условием является разработка микрокритериев неэффективности, которые

помогут выявить неэффективные элементы или звенья системы здравоохранения. Syllus и Smith (20) проанализировали типичный путь болезни и сделали вывод, что такие критерии могут охватывать все или некоторые части этого пути, включая следующие:

- неспособность выбрать эффективные профилактические меры;
- неспособность обеспечить надлежащие схемы лечения заболевания и необходимую координацию услуг;
- ненадлежащее использование больничных и других дорогостоящих ресурсов;
- чрезмерное использование больничных ресурсов в период госпитализации;
- неадекватные процедуры выписки из больницы и реабилитации;
- неспособность обеспечить надлежащую реабилитацию пациентов, помогающую предотвратить необходимость в длительном сестринском уходе.

Любые виды напрасной траты ресурсов, указанные Berwick и Hackbarth могут привести к этим формам неэффективности.

Иногда сама структура системы здравоохранения может увеличить риск некоторых видов неэффективности. Например, отсутствие инфраструктуры первичной медицинской помощи повышает вероятность развития недостатков в координации медицинской помощи. Некоторые виды платежных механизмов могут стимулировать излишнее использование стационарной помощи. Отсутствие сравнительной информации может препятствовать поиску путей повышения эффективности среди поставщиков услуг.

Однако многие источники неэффективности возникают независимо от модели организации системы здравоохранения. Главным требованием в такой ситуации является обеспечение наличия необходимой информации и соответствующих форм руководства работой по устранению неэффективности. В частности, адекватное внимание следует уделять анализу роли стратегических закупок и способности организаций, осуществляющих такие закупки, выполнять свои обязательства перед плательщиками.

Приоритетные направления деятельности по минимизации неэффективности

Приоритетные направления деятельности по укреплению системы здравоохранения в этой области включают в себя следующие:

- улучшение системы показателей оценки эффективности на всех уровнях системы;
- понимание ключевых детерминант напрасной траты ресурсов и неэффективности;
- создание системы руководства, способствующей повышению эффективности;
- улучшение функции стратегической закупки услуг здравоохранения.

5. Система здравоохранения в конкретном контексте

При рассмотрении любой системы здравоохранения важно тщательно проанализировать социальные и экономические условия, в которых она работает. Прежде всего следует проанализировать особенности обслуживаемого населения. Характеристики населения, которые имеют особо важное значение для системы здравоохранения, включают в себя:

- демографические и эпидемиологические тенденции;
- культура и предпочтения отдельных граждан и населения в целом;
- поведение в отношении здоровья;
- уровень и распределение доходов;
- более широкие социальные детерминанты здоровья, например, уровень образования.

Одним из ключевых вызовов для всех систем здравоохранения является старение населения и связанные с этим потребности и расходы. Существует мнение, что увеличение продолжительности жизни не влечет за собой каких-либо дополнительных расходов для системы здравоохранения. Дело в том, что основная часть таких расходов приходится на период, предшествующий смерти, и поэтому увеличение продолжительности ожидаемой жизни просто означает отсрочку расходов на медицинскую помощь. С другой стороны, если пожилые люди живут дольше, чем раньше, но с относительно слабым здоровьем и множественными заболеваниями, то это может значительно увеличить расходы системы здравоохранения.

По этой причине, многие ученые и организаторы здравоохранения уделяют особое внимание изменению поведения людей как основному методу обеспечения будущего хорошего здоровья населения и снижения расходов на здравоохранение. В частности, было показано, что предотвращение ожирения и хронических заболеваний, связанных с ожирением, может иметь огромное позитивное влияние на будущие показатели здоровья, качества жизни и расходов на медицинские услуги.

В связи с изменениями таких факторов, как демографические тенденции, экономическое развитие и величина национального дохода, все системы здравоохранения испытывают беспокойство относительно будущих источников финансирования системы здравоохранения. Вопрос об “устойчивости” существующей системы здравоохранения в конечном счете сводится к тому, можно ли на основе существующих источников доходов и далее финансировать пакет медицинских услуг, предлагаемых в настоящее время. Если это невозможно, то с финансовой точки зрения такая система является неустойчивой и необходимо приложить усилия для поиска новых источников дохода, введения некоторых ограничений на пакет услуг или повышения производительности системы здравоохранения.

Еще одной важной контекстной составляющей для системы здравоохранения являются технологические инновации, относящиеся к предоставлению медицинских услуг. Помимо медицинских устройств, приборов и технологий, упомянутых ранее, другим примером в этой области могут быть инновации в области информационных технологий, которые делают новые методы предоставления услуг возможными и экономически эффективными. Вызов для системы здравоохранения заключается в том, что хотя новые технологии и позволяют повысить эффективность услуг (и, возможно, снизить затраты) для существующих пациентов, они могут также способствовать увеличению числа пациентов, создавая возможности для лечения тех пациентов, которые ранее не могли получить эффективного лечения. Это может привести к улучшению результатов для всех пациентов,

получающих лечение, но в то же время это может быть одной из наиболее важных причин увеличения расходов системы здравоохранения.

Очень важно, чтобы позиция системы здравоохранения по отношению к условиям своей деятельности не была пассивной. Совершенно очевидно, что выполняя свои обязанности по охране здоровья населения система здравоохранения прямо или косвенно может оказывать существенное влияние на будущее состояние здоровья людей, потребности в медицинской помощи и расходы на сектор здравоохранения. Прямые воздействия представлены традиционными функциями общественного здравоохранения, включая профилактику болезней и укрепление здоровья. Косвенные воздействия включают в себя многочисленные действия, направленные на смягчение негативных социальных детерминант здоровья. Они включают в себя информационно-разъяснительную деятельность, направленную на то, чтобы вопросы, связанные со здоровьем, в полной мере учитывались в различных областях, включая законодательство (например, запреты на курение), налогообложение (например, налоги на сахар) и процессы государственного бюджетирования.

Приоритетные направления деятельности, относящиеся к контекстуальным факторам

Приоритетные направления деятельности по укреплению системы здравоохранения в этой области включают в себя следующие:

- обеспечение того, чтобы вопросы, связанные со здоровьем, в полной мере учитывались во всех сферах государственной деятельности;
- позитивное воздействие на поведение в отношении здоровья;
- координация с другими секторами экономики;
- обеспечение дальнейшей общественной поддержки модели социального медицинского обслуживания.

6. Обеспечение согласованности элементов системы

Одним из основных принципов “системного мышления” является то, что отдельные элементы системы взаимосвязаны. Поэтому изменения в одном элементе могут иметь важные последствия для других ее элементов. Именно из-за этих взаимосвязей систему здравоохранения следует рассматривать как единое целое, анализируя последствия любых изменений для всей системы и стремясь к тому, чтобы согласовать все ее элементы таким образом, чтобы они функционировали эффективно, содействуя достижению общих целей системы. Без такого согласования имеется серьезный риск субоптимизации, что означает ситуацию, когда отдельные элементы системы стремятся реализовать свои собственные цели таким образом, что это не всегда способствует достижению целей всей системы в целом (21).

Примеры субоптимизации в секторе здравоохранения могут включать следующие:

- в целях максимизации “финансовой эффективности” больницы поощряют госпитализацию пациентов, чье лечение не требует больших затрат (с точки зрения оплаты за законченный случай лечения заболевания), и, наоборот, не поощряют госпитализацию пациентов, чье лечение является сложным и дорогостоящим, даже если потенциальные выгоды для здоровья второй группы пациентов являются более высокими;
- организации первичной медицинской помощи направляют пациентов на стационарное лечение, хотя необходимое лечение может быть более эффективным и менее дорогостоящим на уровне местных сообществ;
- конкурирующие страховщики не принимают никаких усилий для поощрения здорового поведения и профилактики заболеваний, так как из-за ежегодной мобильности страхователей страховщики мало заинтересованы в ориентации на долгосрочную перспективу.

Такие примеры возникают из-за того, что стимулы для соответствующих учреждений не совпадают с общими целями всей системы. Обычно это происходит из-за того, что затраты на лечение несет конкретная организация, но при оценке эффективности ее деятельности польза для здоровья, связанная с проведенным лечением, не учитывается. Другой частой причиной субоптимизации является то, что организации или физические лица могут привлекаться к ответственности за невыполнение своих функций только из-за того, что для оценки эффективности их деятельности были использованы неправильные или неполные оценочные показатели.

Для устранения субоптимизации необходимо обеспечить, чтобы все звенья системы здравоохранения были должным образом согласованы и прилагали усилия для достижения общих целей. Примеры возможных реформ в каждой из шести составляющих системы здравоохранения включают следующие.

- Предоставление услуг здравоохранения – там, где это необходимо, следует устранить традиционные барьеры между различными службами, оказывающими помощь, чтобы улучшить координацию деятельности на всех уровнях.
- Кадровые ресурсы здравоохранения – система регулирования рынка рабочей силы должна способствовать необходимым изменениям в ролях и обязанностях персонала – например, врачей и медсестер (а не затруднять проведение таких изменений).

- Информационное обеспечение – информация о деятельности организаций должна отражать тот вклад, который они вносят в достижение заявленных целей системы здравоохранения в целом.
- Медицинская продукция, вакцины и технологии – оценка медицинских технологий способствует внедрению инноваций, помогающих достижению целей системы здравоохранения.
- Финансирование – возмещение расходов поставщиков медицинских услуг способствует повышению их внимания к удовлетворению общих потребностей граждан в услугах здравоохранения, а не просто к отдельным случаям оказания медицинской помощи.
- Лидерство и руководство – система регулирования должна обеспечивать автономию, необходимую для поощрения инновационной деятельности, а также механизмы оценки успехов на основе использования показателей эффективности деятельности, отражающих степень достижения целей, поставленных в рамках всей системы.

7. Ограничения

Этот документ в основном посвящен недостаткам функционирования систем здравоохранения и способам их устранения. Однако следует помнить о существовании многочисленных ограничений, которые могут препятствовать не только оптимизации всей системы здравоохранения, но даже постепенному переходу к ее улучшению.

- Все системы включают в себя сложившуюся структуру звеньев профилактической, первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, реформирование которой – по крайней мере, в краткосрочной перспективе – будет очень дорогостоящим или даже невозможным.
- Обучение специалистов клинического профиля (особенно врачей) является дорогостоящим, а реформирование существующей профессионально-квалификационной структуры в короткие сроки позволяет улучшить ситуацию лишь частично.
- Информационные системы часто страдают от таких недостатков, как ограниченность и несвоевременность информации, а меры по совершенствованию этих систем могут быть дорогостоящими, долгосрочными и неэффективными.
- Договоренности о стратегических закупках (независимо от того, были ли они заключены центральным или местным правительством или фондами социального медицинского страхования) в значительной мере являются зафиксированными, по крайней мере, в среднесрочной перспективе.
- Возможности для изменения механизмов возмещения расходов поставщиков часто сильно ограничены из-за уже существующих институциональных договоренностей в рамках страны.
- Во многих странах имеется лишь ограниченный лидерский потенциал для обеспечения надлежащего надзора и контроля за использованием государственных средств.

Кроме того, различные аспекты политической экономики всегда влияют на систему здравоохранения, которая включает мощные интересы групп пациентов, географических регионов, медицинских профессий и технологических отраслей. Во многих случаях это может сильно ограничивать свободу действий директивных органов.

Одной из важных задач, стоящих перед директивными органами, является принятие решения о том, следует ли продолжать работать в рамках таких ограничений или провести необходимое реформирование. Большинство реформ будут дорогостоящими и дезорганизующими в краткосрочной перспективе и они сопряжены с серьезным риском неудачи. Реформы также могут потребовать поддержания двух систем в период замены прежней системы, что отвлекает внимание персонала от оказания гражданам медицинских услуг, в которых они нуждаются в настоящее время. Поэтому процесс принятия решения о том, нужно ли реформировать систему здравоохранения, а также когда и как это следует делать, является очень сложным. Однако многие действия по укреплению системы здравоохранения можно охарактеризовать как меры, направленные на то, чтобы ослабить ограничения и жесткость, присущие системе здравоохранения.

Mills и его коллеги (22) обсуждают в своей публикации вопросы укрепления системы здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода с позиции выявления и преодоления таких ограничений. В частности, они анализируют ограничения, которые могут препятствовать доступу людей к необходимым услугам, учитывая такие факторы,

как индивидуальные особенности пациентов; характер служб здравоохранения; политика здравоохранения; более широкая общественная политика; окружающая среда и контекстуальные особенности. Ввиду большого количества взаимозависимых факторов часто возникает необходимость в одновременном принятии мер на нескольких уровнях.

Помимо определения курса действий (укрепление или реформирование системы) директивные органы также должны рассмотреть пути осуществления перехода к новой системе. Это часто требует согласования с ключевыми заинтересованными сторонами, а также может потребовать краткосрочных затрат политического и финансового капитала. В настоящее время имеется очень мало данных, которые могли бы помочь директивным органам осуществлять реформы и выбирать наиболее подходящие методы перехода от одной системы к другой. De Savigny и Adam (23) выделяют десять этапов процесса укрепления системы здравоохранения в контексте стран с низким уровнем дохода:

- I. Дизайн вмешательства:
 1. организация встречи заинтересованных сторон;
 2. коллективный мозговой штурм;
 3. выработка концепции;
 4. адаптация и изменение дизайна;

- II. Дизайн оценки:
 5. определение показателей;
 6. выбор методов;
 7. выбор дизайна;
 8. разработка плана;
 9. формирование бюджета;
 10. определение источников финансирования.

Такие контрольные списки служат важным напоминанием о тех процессах, которые, вероятно, необходимы для осуществления любых успешных мер по укреплению системы здравоохранения.

Ограничения на пути улучшения системы здравоохранения являются многообразными и повсеместными. Поэтому целесообразно разработать общую категоризацию ограничений, которая может послужить основой для передачи опыта и выработки соответствующих рекомендаций для правительства. Возможно, наиболее перспективным направлением дальнейшей работы является сбор примеров из практики о том, как конкретные системы здравоохранения преодолевали серьезные ограничения, связанные с процессом реформирования.

8. Заключительные замечания

Вышеприведенное обсуждение позволило выявить большое количество недостатков в системах здравоохранения, а также то, что при принятии мер по устранению этих недостатков особое внимание следует уделить следующим критериям:

- стратегические решения по устранению выявленных недостатков, скорее всего, будут иметь огромное влияние на достижение целей системы здравоохранения;
- стратегические решения по устранению выявленных недостатков окажут влияние на все звенья системы здравоохранения;
- значительные сомнения все еще остаются относительно того, какие именно рекомендации по данному вопросу следует давать директивным органам и лицам, определяющим политику;
- в рассматриваемой области, по-видимому, имеются существенные возможности для улучшения фактических данных и рекомендаций.

Перечень приоритетных областей деятельности приведен в таблице 1.

Кроме того, в последних двух разделах обсуждаются важные взаимосвязанные задачи, относящиеся к согласованию стратегий и устранению ограничений для осуществления выбранных стратегий. Согласование стратегий является той задачей, которой уделяется наименьшее внимание в рамках систем здравоохранения (за возможным исключением Нидерландов). Характер ограничений часто зависит от конкретных обстоятельств; поэтому сбор примеров из практики и тематических исследований может быть наиболее полезным подходом к выявлению ограничений, осознанию их важности и выработке путей их устранения.

В данном документе была предпринята попытка определить ключевые ограничения, вызовы, задачи и трудности, которые системам здравоохранения, вероятно, придется решать в ближайшие 5-10 лет, а также приоритетные области для укрепления системы здравоохранения. Характер и важность обсуждаемых вопросов будут варьироваться между системами здравоохранения различных стран. Однако все системы, по-видимому, выиграют от анализа эффективности выполнения функций системы здравоохранения. Для устранения недостатков важно не только повысить эффективность функционирования отдельных составляющих системы, но и позаботиться о том, чтобы они рассматривались как звенья единой системы – согласованные друг с другом и прилагающие усилия для достижения общих целей.

Таблица 1. Сводная таблица приоритетных областей деятельности

Предоставление услуг здравоохранения	Кадровые ресурсы здравоохранения	Информационное обеспечение	Медицинская продукция, вакцины и технологии	Финансирование	Лидерство и руководство	Минимизация неэффективности	Система здравоохранения в конкретном контексте
Оптимальная модель организации системы здравоохранения, включая такие элементы, как стационарная помощь и медицинское обслуживание на уровне местных сообществ	Обеспечение необходимого персонала во всех дисциплинах и специальностях	Внедрение электронных медицинских карт для улучшения координации медицинской помощи	Обеспечение того, чтобы оценка медицинских технологий была одной из ключевых функций системы здравоохранения	Обеспечение надежных и стабильных источников финансирования медицинских услуг	Определение надлежащих видов и уровней регулирования	Улучшение системы показателей оценки эффективности на всех уровнях системы здравоохранения	Обеспечение того, чтобы вопросы, связанные со здоровьем, в полной мере учитывались во всех сферах государственной деятельности
Роль первичной медицинской помощи	Пересмотр профессиональных функций и ролей и содействие повышению профессиональной гибкости	Совершенствование протоколов лечения	Ценообразование и закупка медицинских технологий	Определение надлежащей роли сборов с пользователей в системе финансирования здравоохранения	Улучшение системы стратегических закупок услуг здравоохранения	Понимание ключевых детерминант напрасной траты ресурсов и неэффективности	Поведение в отношении здоровья
Степень концентрации специализированных услуг	Координация усилий в области международной миграции работников здравоохранения и обеспечения их профессиональной компетентности	Оценка эффективности деятельности практикующих врачей, организаций и систем	Стимулирование рыночного спроса на соответствующие технологические инновации	Определение надлежащей модели "объединения" оплаты работы поставщиков услуг	Создание лидерского потенциала на всех уровнях	Создание системы руководства, которая повышает эффективность деятельности	Координация с другими секторами экономики
Координация медицинской помощи при хронических заболеваниях	Развитие кадровых ресурсов в отдаленных и неблагоприятных территориях	Национальная и международная стандартизация и сравнение данных	Изучение возможностей для расширения государственно-частных партнерств и других инноваций в области исследований и разработок	Роль системы оплаты по результатам работы	Более четкая конкретизация целей и показателей эффективности и улучшение системы их расширения	Улучшение функции стратегической закупки услуг здравоохранения	Обеспечение дальнейшей общественной поддержки модели социального медицинского обслуживания
Достижение наилучшего баланса между персонализацией услуг здравоохранения, с одной стороны, и сдерживанием расходов, с другой стороны	Сбор научных данных о путях максимального использования кадрового потенциала						
Сбор научных данных о путях получения экономии от масштабов деятельности							

Библиография

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. – Системы здравоохранения: улучшение деятельности Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 22 июля 2015 г.).
2. Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния, Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1, по состоянию на 22 июля 2015 г.).
3. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>, accessed 22 July 2015).
4. Van Olmen J, Criel B, Van Damme W, Marchal B, Van Belle S, Van Dormael M et al. Analysing health system dynamics: a framework. Antwerp: ITG Press; 2012 (Studies in Health Services Organization & Policy, No. 28, 2nd edition; <http://dspace.itg.be/handle/10390/6945>, accessed 22 July 2015).
5. Porter M, Mountford J, Ramdas K. Reconfiguring stroke care in north central London. Cambridge, MA: Harvard Business School; 2011.
6. Здоровье-2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, по состоянию на 22 июля 2015 г.).
7. Van Ginneken E, Groenewegen PP, McKee M. Personal healthcare budgets: what can England learn from the Netherlands? BMJ. 2012;344:e1383. doi: 10.1136/bmj.e1383.
8. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
9. DuBois C, Nolte E, McKee M, editors. Human resources for health in Europe. Maidenhead: Open University Press; 2006 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/publications2/2006/human-resources-for-health-in-europe>, accessed 28 July 2015).
10. Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK et al. Leadership and governance in seven developed health systems. Health Policy. 2012;106(1):37–49.
11. Electronic health record. In: e-Estonia [website]. Tallinn: e-Estonia; 2015 (<https://e-estonia.com/component/electronic-health-record/>, accessed 28 July 2015).
12. Garrido MV, Kristensen FB, Nielsen CP, Busse R, editors. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы: современное состояние, проблемы и перспективы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/128525/e91922R.pdf, по состоянию на 28 июля 2015 г.).

13. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, editors. *Diagnosis-related groups in Europe*. Maidenhead: Open University Press; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/diagnosis-related-groups-in-europe>, accessed 28 July 2015).
14. Cashin C, Chi Y-L, Smith P, Borowitz M, Thomson S, editors. *Paying for performance in healthcare: implications for health system performance and accountability*. Maidenhead: Open University Press; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/paying-for-performance-in-health-care.-implications-for-health-system-performance-and-accountability>, accessed 22 July 2015).
15. Thomson S. Роль добровольного медицинского страхования. Источник: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. *Реформы финансирования здравоохранения: опыт стран с переходной экономикой*. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 г. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/151023/e94240R.pdf, по состоянию на 22 июля 2015 г.).
16. Van de Ven WPM, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut FT, Shmueli A et al. Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*. 2012;109(3):226–45.
17. Joumard I, André C, Nicq C, Chatal O. *Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency*. Paris: OECD Publishing; 2008 (OECD Economics Department Working Papers, No. 627; http://www.oecd-ilibrary.org/economics/health-status-determinants_240858500130, accessed 22 July 2015).
18. Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*. 2014;116(1):1–11.
19. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA*. 2012;307(14):1513–16.
20. Cylus J, Smith P. Measuring efficiency. In: Papanicolas I, Smith P, editors. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*. Maidenhead: Open University Press; 2013.
21. Ackoff RL. Towards a system of systems concepts. *Management Science*. 1971;17(11): 661–71.
22. Mills A, Rasheed F, Tollman S. Strengthening health systems. In: Jamison DT, editor. *Disease control priorities in developing countries (2nd edition)*. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2006.
23. De Savigny D, Adam T, editors. *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/>, accessed 22 July 2015).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

**Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения**
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int