

Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас

РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕ

АНАЛИЗ
СОВРЕМЕННЫХ
СТРАТЕГИЙ

Перевод с английского



*Опубликовано от имени Европейского
регионального бюро Всемирной органи-
зации здравоохранения медицинским
издательством «Гэотар Медицина»*

Москва
2000

УДК 614.2.001.73(4)
ББК 51.1(3)
С16

Published by the World Health Organization Regional Office for Europe in 1997 under the title European health care reform. Analysis of current strategies (WHO Regional Publications, European Series, No. 72).

Publication rights for an edition in Russian have been granted to «Geotar Medicine» by the Director of the World Health Organization Regional Office for Europe.

The views expressed in this publication are those of the author(s)/contributors and do not necessarily represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.

This edition in Russian was printed with support from the Public Health Program of the Open Society Institute.

«Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий» (ВОЗ Региональный выпуск, Европейская серия, № 72).

Авторские права для издания в России переданы Директором Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения издательству «Гэотар Медицина».

Точка зрения авторов издания может не всегда совпадать с мнением Всемирной организации здравоохранения.

Российское издание опубликовано при поддержке программы «Здоровье населения России» Института «Открытое Общество».

Рецензент: *Матвеева Светлана Викторовна*, канд. мед. наук ст. науч. сотр. Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации

С16 Салтман Р.Б., Фигейрас Дж.

Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — 432 с.: 24 ил.

ISBN 5-9231-0023-1

Книга представляет собой анализ проблем здравоохранения второй половины 90-х годов. В исследовании рассматриваются эпидемиологические, экономические и управленческие аспекты здравоохранения Европы. Вся информация подготовлена научными сотрудниками ВОЗ, Всемирного банка и др.

Предназначена организаторам здравоохранения, экономистам, врачам.

**УДК 614.2.001.73(4)
ББК 51.1(3)**

Напечатано в Российской Федерации

ISBN 5-9231-0023-1

© World Health Organization, 2000

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----|
| ДИАГРАММЫ И ТАБЛИЦЫ | 5 |
| ПРЕДИСЛОВИЕ | 10 |
| ВВЕДЕНИЕ | 13 |
| Определение реформы | 14 |
| Структура книги | 16 |
| 1. НАСТОЯТЕЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РЕФОРМ | 19 |
| Контекст реформы здравоохранения | 19 |
| Трудности, связанные с проведением реформ: проблемы здоровья населения и сектора здравоохранения | 31 |
| 2. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РЕФОРМЫ | 65 |
| Изменяющаяся роль государства и рынка в сфере здравоохранения | 65 |
| Реорганизация системы здравоохранения: децентрализация, возвращение к централизации и приватизация | 70 |
| Права, свобода выбора и участие граждан | 94 |
| Возрастающая роль системы охраны общественного здоровья | 104 |
| 3. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ОГРАНИЧЕННОСТИ РЕСУРСОВ .. | 124 |
| Более действенное сдерживание расходов | 124 |
| Соучастие в расходах и его надлежащая роль | 131 |
| Определение приоритетов в сфере здравоохранения | 160 |
| 4. СПРАВЕДЛИВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ | 179 |
| Тенденции в финансировании медицинского обслуживания | 179 |
| Солидарность и конкуренция | 204 |

| | |
|--|-----|
| 5. ЭФФЕКТИВНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ | 214 |
| Покупка медицинских услуг для улучшения здоровья: распределение ресурсов, закупка и договорные отношения..... | 214 |
| Системы оплаты труда производителей медицинских услуг с учетом их результативности | 231 |
| Экономически эффективное обеспечение населения фармацевтическими препаратами | 261 |
| Капиталовложения в здравоохранение | 290 |
| 6. ЭФФЕКТИВНОЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ | 299 |
| Улучшение результатов и качества медицинской помощи | 299 |
| Децентрализация управления поставщиками услуг..... | 314 |
| Изменение функций: больничные услуги, первичная медико-санитарная помощь и услуги, оказываемые на уровне общин | 316 |
| Структурная реорганизация стационарного сектора..... | 323 |
| Новая роль для сектора первичной медико-санитарной помощи | 346 |
| Развитие человеческих ресурсов | 356 |
| 7. ПРОЦЕСС ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ РЕФОРМЫ | 367 |
| Схема для анализа осуществления реформы | 367 |
| Выводы из практического опыта | 383 |
| Стратегии осуществления реформы | 391 |
| 8. ПУТЬ ВПЕРЕД | 401 |
| Проведение реформы в области предоставления услуг | 401 |
| Переориентация государственного регулирования..... | 404 |
| БИБЛИОГРАФИЯ | 408 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ — АВТОРЫ, НАЗВАНИЯ МОНОГРАФИЙ И СТАТЕЙ..... | 429 |

ДИАГРАММЫ И ТАБЛИЦЫ

- Диаграмма 1. Ожидаемая при рождении продолжительность жизни среди мужчин в Европейском регионе ВОЗ, 1980–1994 годы 35
- Диаграмма 2. Ожидаемая при рождении продолжительность жизни среди женщин в Европейском регионе ВОЗ, 1980–1994 годы 36
- Диаграмма 3. Потребление алкоголя и смертность в Российской Федерации, 1981–1992 годы 37
- Диаграмма 4. Повозрастной коэффициент смертности (ПКС) от ишемической болезни сердца в Европейском регионе ВОЗ среди мужчин в возрасте от 0 до 64 лет, 1981–1994 годы 38
- Диаграмма 5. Повозрастной коэффициент смертности (ПКС) от ишемической болезни сердца в Европейском регионе ВОЗ среди женщин, в возрасте от 0 до 64 лет, 1981–1994 годы 39
- Диаграмма 6. Оценка распространенности табакокурения в Европейском регионе ВОЗ, начало 90-х годов 40
- Диаграмма 7. Повозрастные коэффициенты смертности (ПКС), вызванной внешними причинами, в Европейском регионе ВОЗ (0-64 года), 1981–1994 годы 41
- Диаграмма 8. Распределение случаев заболевания СПИДом среди совершеннолетних и подростков в Европейском регионе ВОЗ по способу передачи и в зависимости от года диагностирования с поправкой на задержки в представлении данных, 1981–1995 годы 44
- Диаграмма 9. Оценки и прогнозы доли населения в возрасте 65 лет и старше в Европейском регионе ВОЗ, 1980–2020 годы 46
- Диаграмма 10. Общее число случаев полиомиелита в Европейском регионе ВОЗ, 1981–1995 годы 48

| | |
|---|-----|
| Диаграмма 11. Заболеваемость дифтерией в Российской Федерации, 1980–1995 годы, и на Украине, 1989–1995 годы | 49 |
| Диаграмма 12. Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в Европейском регионе ВОЗ, 1994 год | 52 |
| Диаграмма 13. Расходы на здравоохранение на душу населения с учетом ППС по отношению к доллару США в Западной Европе, 1994 год | 53 |
| Диаграмма 14. Последствия страхования и соучастия в расхода для благосостояния общества согласно неоклассической модели | 134 |
| Диаграмма 15. Факторы, влияющие на процесс установления приоритетов | 163 |
| Диаграмма 16. Динамика установления приоритетов в сфере здравоохранения | 167 |
| Диаграмма 17. Метод для определения основного комплекса медицинских услуг | 169 |
| Диаграмма 18. Взносы на индивидуальное и групповое частное медобслуживание на душу населения в отдельных западноевропейских странах, 1993 год | 201 |
| Диаграмма 19. Распространение частного медицинского страхования в отдельных западноевропейских странах, начало 90-х годов | 202 |
| Диаграмма 20. Аудиторский цикл | 306 |
| Диаграмма 21. Схема замещения различных видов медицинской и социальной помощи | 318 |
| Диаграмма 22. Количество больничных коек на 1000 человек в Европейском регионе ВОЗ, 1980 и 1994 годы | 325 |
| Диаграмма 23. Число врачей и медицинских сестер на 1000 человек в странах Европейского региона ВОЗ, 1994 год | 358 |
| Диаграмма 24. Схема анализа политики в области здравоохранения | 368 |

* * *

| | | |
|-------------|---|-----|
| Таблица 1. | Экономический рост в странах ЦВЕ и СНГ, 1990–1996 годы | 27 |
| Таблица 2. | Факторы, способствующие увеличению разрыва между показателями ожидаемой продолжительности жизни в странах ЦВЕ и СНГ и в странах Западной Европы | 42 |
| Таблица 3. | Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах Западной Европы, 1970–1995 годы | 55 |
| Таблица 4. | Типы децентрализации | 74 |
| Таблица 5. | Преимущества децентрализации | 85 |
| Таблица 6. | Риски децентрализации | 86 |
| Таблица 7. | Соучастие пациентов в расходах в системах здравоохранения стран Западной Европы | 142 |
| Таблица 8. | Соучастие пациентов в расходах в отдельных странах ЦВЕ и СНГ | 151 |
| Таблица 9. | Использование медицинских услуг и расходы на медицинские услуги в отдельных странах по состоянию на 1990 год | 157 |
| Таблица 10. | Стоимость некоторых услуг НСЗ в расчете на QALY, август 1990 года | 165 |
| Таблица 11. | Страны Европейского региона, сгруппированные по фактическому или планируемому методу финансирования | 180 |
| Таблица 12. | Страховые взносы и государственные субсидии в некоторых системах социального страхования, начало 90-х годов | 183 |
| Таблица 13. | Ставки взносов и коэффициенты участия работодателей и работников в отдельных странах ЦВЕ и СНГ | 194 |
| Таблица 14. | Основные методы оплаты услуг врачей первичной медико-санитарной помощи в западноевропейских странах | 234 |

| | |
|---|-----|
| Таблица 15. Основные подходы к финансированию и оплате текущих расходов соматических больниц в отдельных странах Европейского региона | 248 |
| Таблица 16. Расходы на фармацевтические препараты в отдельных западноевропейских странах, 1993 год | 264 |
| Таблица 17. Структура конечной цены на имеющиеся в розничной продаже фармацевтические препараты в отдельных западноевропейских странах, 1993 год, в процентах | 266 |
| Таблица 18. Альтернативные стратегии сдерживания расходов в фармацевтическом секторе в странах ЕС | 267 |
| Таблица 19. Соучастие пациентов в покрытии расходов в отдельных западноевропейских странах, 1995 год | 269 |
| Таблица 20. Число продуктов, имеющихсся на рынке, в отдельных западноевропейских странах, 1993 год | 270 |
| Таблица 21. Уровень цен на фармацевтические препараты в отдельных западноевропейских странах, 1988–1993 годы (средний уровень по ЕС = 100) | 271 |
| Таблица 22. Расходы на фармацевтические препараты в отдельных западноевропейских странах, 1988–1993 годы (1990 год = 100) | 272 |
| Таблица 23. Методы регулирования цен на фармацевтические препараты или воздействия на них в отдельных западноевропейских странах | 274 |
| Таблица 24. Развитие фармацевтического сектора в отдельных странах ЦВЕ и СНГ, март 1995 года | 285 |
| Таблица 25. Количество сканеров для компьютерной томографии на миллион человек в отдельных странах в 1993 году | 303 |
| Таблица 26. Процесс замещения: проблемы и возможности реформы здравоохранения | 322 |

| | |
|---|-----|
| Таблица 27. Количество больничных коек на 1000 человек в странах ЦВЕ и СНГ, 1980–1994 годы | 327 |
| Таблица 28. Изменения в ключевых показателях по больницам в странах ЦВЕ и СНГ, 1990–1994 годы | 329 |
| Таблица 29. Неадекватное использование больничных коек: отобранные исследования | 336 |
| Таблица 30. Стратегические подходы к преобразованию стационарного сектора | 344 |
| Таблица 31. Факторы, оказывающие влияние на процесс осуществления реформы | 376 |
| Таблица 32. Комплекс мер для осуществления реформы | 395 |
| Таблица 33. Аналитический инструментарий, способствующий проведению реформ..... | 398 |

ПРЕДИСЛОВИЕ

Правительства многих стран европейского региона ВОЗ проводят в настоящее время анализ своих систем здравоохранения и оценку приемлемости их нынешних подходов к финансированию, организации и оказанию медицинской помощи. Между тем реформа системы здравоохранения уже по своей сути является как нормотворческим, так и экономическим и организационным видом деятельности. Требования относительно усиления контроля за расходами и/или повышения результативности и эффективности должны соотноситься с глубоко укоренившимися этическими императивами, предполагающими обеспечение всеобщего доступа к необходимой медицинской помощи, а также более справедливое распределение помощи, независимо от социально-классовой структуры общества. Меры по реформированию здравоохранения следует оценивать не только по краткосрочной экономии государственных бюджетных средств, но и по их способности улучшить здоровье всего населения в соответствии со стратегией ВОЗ «здоровье для всех». Эти нормативные аспекты одинаково важны как для реформирования систем здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы и Содружества Независимых Государств, так и для процесса реформ здравоохранения, разворачивающегося в Западной Европе.

С начала 90-х годов Европейское региональное бюро ВОЗ проводит широкомасштабную программу поддержки усилий по подготовке и проведению реформ, включая создание базы данных и информационной системы по вопросам реформирования здравоохранения, создание сетей обмена опытом и поддержки тех, кто принимает ответственные решения, а также предоставление непосредственной консультативной помощи по вопросам разработки политики и формирования корпуса компетентных кадров в отдельных странах.

Региональное бюро поручило подготовить исследование по изучению современного опыта реформирования систем здравоохранения в европейском регионе. В структурном плане исследование представляет собой анализ наиболее острых проблем, стоящих перед руководителями, принимающими ответственные решения по национальной политике в области здравоохранения во второй половине 90-х годов. В исследовании применялись как концептуальные, так и прикладные методы работы и рассматривались эпидемиологические, экономические, организационные и управленческие аспекты нынешнего состояния систем здравоохранения в восточной и западной частях региона. Выводы исследования основаны на изучении более 30 справочных документов, подготовленных большой группой ученых и практических работников из всех частей Европы, а также из Канады, Всемирного банка и ВОЗ.

В данном томе содержатся основные выводы исследования. Весь комплект справочных документов, подготовленных авторским коллективом, занятым в проекте, будет издан в следующей публикации в 1997 году.

Цель этой книги — познакомить читателя с широким кругом проблем в секторе здравоохранения и медицинского обслуживания, с которыми сталкиваются руководители в европейском регионе при определении политики в этой сфере, а также проанализировать имеющиеся данные о результатах проведения в жизнь ключевых стратегий реформирования. Книга рассчитана на то, чтобы представить краткое по форме и вместе с тем обстоятельное по существу описание отобранных для анализа проблем. Таким образом, читатели смогут ознакомиться с обширными научными исследованиями, проведенными по каждому из обсуждаемых вопросов. Следует отметить, что перед данным изданием не ставилась задача предложить лицам, принимающим решения, набор конкретных рекомендаций. Его цель скорее состоит в том, чтобы обобщить накопленные сведения, которые могут помочь заложить основу для дальнейшего развития национальной политики в области здравоохранения.

Рабочий вариант этой книги и отдельное резюме ее выводов легли в основу детальных обсуждений и выработки рекомендаций на Европейской конференции ВОЗ по реформам в области здравоохранения в Европе, которая состоялась в Любляне (Словения) в июне 1996 года. Конференция приняла Люблянскую хартию о реформировании здравоохранения, которую можно приобрести отдельно. Основные выводы конференции также изложены в официальном докладе.

Конференция в Любляне создала почву для активной реализации инициативы Регионального бюро в области реформы здравоохранения, которая может иметь большое значение для работников здравоохранения, простых граждан, пациентов или ученых. Хотелось бы надеяться, что эта новая инициатива поможет лицам, ответственным за принятие решений, преодолеть стоящие перед ними трудности уже сейчас, когда европейские системы здравоохранения готовятся к оказанию медицинских услуг нового поколения.

J.E. Asvall
Дж.И. Асвал
Директор Европейского
регионального бюро ВОЗ

В основе данной книги лежат материалы, подготовленные по специальному заказу коллективом научных экспертов и специалистов по вопросам политики. Работа проводилась под руководством Constantino Sakellarides, директора Департамента политики и служб здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ.

Перечень авторов (в алфавитном порядке) приводится ниже: Olusoli Adeyi, Jørgen Steen Andersen, Anders Anell, Drazen Babic, David Banta, Howard Barnum, Adèle Beerling, José Luis Bobadilla, Ferenc Bojan, Jacques Bury, Michael Calnan, Sally Campbell, Gnanaraj Chellaraj, David Chinitz, André-Pierre Contandriopoulos, Nick Doyle, Nigel Edwards, Ainna Fawsett-Henesy, Hernán Fuenzalida-Puelma, Milagros García-Barbero, Juan Gervás, Ellen Goldstein, Claire Gudex, Lázló Gulásci, Barnhard Güntert, Janoz Halik, Chris Ham, Petr Háva, Martin Hensher, Frank Honigsbaum, David Hunter, Dominique Jolly, Panos Kanavos, Gyula Kincses, Simo Kokko, Joseph Kutzin, Marju Lauristan, Ellen Leibovich, Kimmo Leppo, Jane Lethbridge, Alistair Lipp, Christopher Lovelace, Hans Maarse, Michael Marek, Martin McKee, Elias Mossialos, Vicente Ortún, Anastas Philalithis, Alexander Preker, Thomas Rathwell, Lise Rochaix, Francis Roger France, Jolanta Sabbat, Serdar Savas, Joan Sedgwick, Igor Sheiman, Jan Sørensen, Kirsten Staehr Johansen, Frans Stobelaar, Ellie Tragakes, Agis Tsouros, Koos Van der Velden, Mikko Vienonen, Gill Walt, Morton Warnen, Jürgen Wasem, Ursula Werneke, Miriam Wiley и Cezary Wlodarczyk. Полный список авторов и названий монографий содержится в приложении.

Ценный вклад и рекомендации по ряду разделов книги представил Martin McKee. Многие эксперты ВОЗ и других организаций высказали полезные замечания, в их числе: Iain Chalmers, Antonio Duran, Cees Goos, Alex Gromyko, Daborah Hennessy, Rüdiger Krech, Suszy Lessof, Serguei Litvinov, Christopher Lovelace, Tom Marshall, Casten von Otter, Anna Ritsatakis, Mikko Vienonen, Jan de Vries, Bart Wijnberg, Erio Ziglio и Herbert Zöllner.

Редактирование текста осуществили Annabelle May, Frank Theakston и Mary Stewart Burgher. Zvonko Hocevar отвечал за обработку информации. Вместе с Phyllis Dahl он руководил производственным коллективом, куда входили Kathryn Winther, Doris Holst, Gill Paludan-Müller, Rafael Paz-Fernandez, Charlotte Brandigi и Sheila Duke. Текст набран Wendy Enersen, а Sven Lund осуществил художественное оформление издания.

В подготовке главы о реализации реформ оказали помощь участники семинара по вопросам управления процессом реформирования. Помимо персонала Департамента политики и служб здравоохранения в их число входили Gunnar Griesewell, Bradford Herbert, Ieva Marga, Alex Preker, Tom Rathwell, Francisco Sevilá Perez, Igor Sheiman, Per Axel Svalander, Ondrej Typolt, Gill Walt и Bart Wijnberg. Выражаем особую благодарность Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) за предоставленные данные о службах здравоохранения в западноевропейских странах, Всемирному Банку за данные о расходах на медицинское обслуживание и Группе Регионального бюро по эпидемиологии, статистике и информации в области здравоохранения за специальное обновление базы данных по осуществлению стратегии «Здоровье для всех».

ВВЕДЕНИЕ

В последние два десятилетия все более серьезной проблемой для политики в области здравоохранения в Европе становился рост стоимости медицинского обслуживания. Этот процесс обусловлен такими факторами, как старение населения, рост уровня заболеваемости хроническими болезнями и инвалидности, появление новых методов лечения и медицинских технологий, а также растущие ожидания населения.

Для решения этой проблемы большинство европейских стран приняли целый ряд мер по сдерживанию тенденций к росту расходов. Деятельность организационных механизмов, первоначально задуманных как средство повышения равенства в вопросах здравоохранения, доступности медицинского обслуживания и улучшения состояния здоровья населения, все в большей степени сдерживалась стремлением ограничить фактические расходы. В Западной Европе успешные меры контроля на макроуровне (системном уровне) в начале 80-х годов уступили место в 90-е годы дополнительным усилиям по сдерживанию расходов на микроуровне (учрежденческом уровне). В странах Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) и Содружества независимых государств (СНГ)¹ на смену советской системе сдерживания расходов, основанной на централизованном выделении бюджетных средств по «остаточному принципу», в переходный экономический период пришли усилия по увеличению ассигнований, причем одновременно в этих странах возникла озабоченность относительно неэффективного использования скудных имеющихся ресурсов.

Этот конфликт между моральным императивом поддерживать солидарность и социальную направленность здравоохранения, с одной стороны, и бюджетно-финансовым императивом, предполагающим сдерживание расходов, с другой, был лейтмотивом большинства споров о политике здравоохранения в Европе в 90-е годы. В некоторых странах высказывались опасения относительно воздействия конкретных мер по сдерживанию расходов на принцип справедливости здравоохранения и на состояние здоровья населения в целом. Действительно, нынешняя дискуссия по вопросам реформы здравоохранения в значительной мере касается взаимосвязи между общественной солидарностью и сдерживанием расходов. Должно ли сдерживание расходов по своей сути обязательно подрывать общественную солидарность, определяемую с позиции состояния здоровья населения и

¹ В настоящем издании данные по странам ЦВЕ включают данные по Латвии, Литве и Эстонии, а остальная часть восточного сектора региона включает в себя страны СНГ. Исключение составляет обзор тенденций в области здравоохранения в Европе (глава 1, с. 33–40), где данные по государствам Балтии объединены с данными по странам СНГ и образуют общий показатель по новым независимым государствам (ННГ), возникшим на пространстве бывшего СССР.

справедливого доступа к медицинскому обслуживанию, как полагают некоторые профессионалы в сфере общественного здравоохранения? И наоборот, является ли рост эффективности и результативности использования ограниченных ресурсов данной отрасли абсолютно необходимым условием сохранения солидарности, как считают некоторые экономисты?

Последствия этих споров вокруг реформы для политики здравоохранения сейчас можно наблюдать по всей Европе. Многие западноевропейские страны сейчас пересматривают свои системы здравоохранения в поисках альтернативных стратегий более эффективного и справедливого финансирования и обслуживания. Некоторые страны, такие как Германия и Соединенное Королевство, официально приняли всеобъемлющие программы реформирования. В других внедрены ограниченные стратегии реформы для решения конкретных проблем. В восточной части региона феномен реформ был вызван к жизни политическими переменами, которые последовали за крушением советской системы в конце 80-х годов. Некоторые модели и идеи реформы были привнесены извне через национальные границы государств. Например, реформа Национальной службы здравоохранения (НСЗ) в Соединенном Королевстве, основанная на концепции конкурсных контрактов, заимствованной из США, в свою очередь оказала влияние на содержание реформы системы здравоохранения в целом ряде других стран Западной и Восточной Европы. Вплоть до сегодняшнего дня мы имеем слишком мало сведений, подтверждающих практическую отдачу многих направлений политики реформ, и не только в тех странах, которые заимствуют идеи, но и в тех, которые выступают поборниками этих стратегий. В ряде случаев побудительными мотивами споров были скорее идеологические соображения и риторика, нежели доказательства реальных преимуществ этих стратегий. Хотя многие из этих недостатков, по всей вероятности, сохранятся, можно ожидать, что нынешние тенденции будут наблюдаться и во второй половине 90-х годов по мере того, как все большее число западноевропейских стран будут внедрять программы реформирования, а в восточной части региона будет продолжаться недавно начатый процесс реформ.

Определение реформы

Термин «реформа» стал весьма популярным в последние годы. Несмотря на широкое использование этого понятия, нет сколько-нибудь целостного и общепризнанного определения того, что представляет собой реформа сектора здравоохранения. Различные политические руководители и аналитики вкладывают в это понятие различное содержание и смысл. В некоторых случаях разработчики национальной политики и политические деятели пытались преувеличить значение несущественных изменений в организации здравоохранения, выдавая их за «реформы».

Целесообразно отличать структурные реформы от поэтапных изменений. Cassels (1) определяет реформу сектора здравоохранения как деятельность, связанную с изменением политики и институтов здравоохранения, через которые она проводится. Одной лишь постановки новых политических задач недостаточно. Чтобы решать проблемы сектора здравоохранения, необходима институциональная реформа и преобразование существующих учрежденческих, организационных структур и систем управления. Таким образом, реформа системы здравоохранения связана с «определением приоритетов, совершенствованием политики и реформированием институтов, через которые эта политика осуществляется» (1).

Однако системы здравоохранения, как правило, проходят процесс постоянных ежедневных изменений. Обычные эволюционные и поэтапные изменения системы следует отличать от фундаментальных структурных преобразований. Следуя такому подходу, в недавнем докладе Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) страны различаются в зависимости от того, переживают ли они эволюционные перемены или радикальные структурные реформы. В докладе отмечается, однако, что различие между эволюционными и структурными изменениями является в некоторой степени произвольным и субъективным (2). Хотя под реформой зачастую понимается политическая концепция, подразумевающая процесс структурных изменений сверху донизу, важные структурные и организационные сдвиги часто происходят без целенаправленного вмешательства правительств и находятся под воздействием других факторов, например, в результате появления новых технологий или нехватки экономических ресурсов.

Анализируя различные аспекты этого процесса, Verman (3) утверждает, что для того, чтобы реформа состоялась, изменения должны быть направлены на достижение целого ряда политических целей. Тем не менее имеются свидетельства того, что некоторые программы реформирования были начаты без четко определенных конечных целей. Что касается продолжительности процесса, то Verman считает, что реформа должна представлять собой ряд последовательных долгосрочных изменений, а не единовременное событие.

Поскольку подходы к реформе, а также число и набор мероприятий, включаемых в пакет «реформ», весьма значительно разнятся по странам, аналитики, пытающиеся дать им оценку, должны четко обозначить принятое определение и делать различие между составляющими его компонентами. Реформы, как правило, обсуждаются и принимаются не как единое целое, а как пакет различных мер, каждая из которых заслуживает самостоятельной оценки. Относительная важность проблем имеет страновую специфику, а стало быть модель и цели каждой программы реформирования будут соответственно отличаться.

Во вставке 1 кратко показаны ключевые элементы системы определений, которые могут быть использованы для характеристики конкретных

Вставка 1. Ключевые элементы реформы системы здравоохранения

Процесс

- Структурные преобразования вместо поэтапных или эволюционных изменений
- Изменение целей политики в области здравоохранения с последующими институциональными изменениями вместо одной лишь постановки новых задач
- Целенаправленные, нежели случайные изменения
- Последовательные и долгосрочные, нежели единовременные изменения
- Политический процесс сверху донизу под руководством национальных, региональных и местных органов государственной власти

Содержание

- Разнообразии принимаемых мер
- Определении специфических характеристик систем здравоохранения в различных странах

реформ сектора здравоохранения. Реформа определяется как процесс, который включает последовательные и глубокие институциональные и структурные изменения, проводимые правительством и имеющие своей задачей достижение ряда четко обозначенных политических целей.

Перечисление этих элементов наводит на ряд вопросов. Какова взаимосвязь между изменениями и реформой? Может ли ряд изменений вылиться в реформу? Могут ли некоторые изменения в стратегии перерасти в целый период масштабной структурной реформы? И наоборот, могут ли некоторые изменения в стратегии стать препятствием для более основательной реформы? Могут ли местные инициативы задать направление реформам без целенаправленного политического процесса, охватывающего всю вертикаль власти сверху донизу? Эти вопросы не имеют ясного ответа, но данные, приведенные в этом издании, могут подсказать путь к решению проблем.

Структура книги

Данный том содержит обзор сложных проблем, которые в настоящее время стоят перед теми, кто определяет политику в сфере здравоохранения в Европе. С этой целью в нем представлены разнообразные аналитические

подходы. Издание носит как концептуальный, так и эмпирический характер. В нем рассматриваются актуальные вопросы политики здравоохранения в западной и восточной частях Европейского региона ВОЗ. Оно имеет своей целью представить соответствующие данные с позиции целого ряда академических дисциплин: эпидемиологии, общественного здравоохранения, экономики, политологии, теории организационного поведения и теории управления.

Книга состоит из 4 крупных разделов. Первый раздел, представленный главой 1, сфокусирован на рассмотрении *настоятельной необходимости реформ* и главных факторов, определяющих условия осуществления реформы в сфере здравоохранения. Наиболее важными из них являются культурные ценности общества и макроэкономические потребности все более взаимосвязанной глобальной экономики, демографические изменения и роль медицинских технологий, а также конкретные проблемы сектора здравоохранения с точки зрения состояния и улучшения состояния здоровья населения, структуры и организации самого сектора здравоохранения.

Следующий раздел сосредоточен на современных стратегиях реформы. Глава 2 посвящена четырем *взаимосвязанным темам*, которые пронизывают весь комплекс проблематики реформирования. Речь идет о следующих темах: изменение роли государства и рынка; децентрализация и передача полномочий нижним уровням государственного сектора или частному сектору; расширение прав пациента и возможность выбора; повышение роли общественного здравоохранения.

В главах 3–6 содержится оценка ряда *ключевых политических стратегий*, которые приняты, предлагаются или рассматриваются различными странами. Стратегии реформ можно классифицировать в зависимости от целого ряда аналитических подходов, в том числе по целям (например, направлены ли они на достижение равенства, эффективности или результативности), компонентам систем здравоохранения (например, охватывают ли они вопросы финансирования, распределения или предоставления медицинских услуг) и по субъектам сектора здравоохранения (например, ставят ли они во главу угла пациента, страховщика третьей стороны, потребителя услуг третьей стороны или обслуживающие учреждения). Стратегии можно также классифицировать по таким традиционным экономическим факторам, как их воздействие на спрос и предложение. Авторы книги избрали такой подход, который предполагает распределение исходных данных о воздействии различных моделей политики по четырем категориям на основе сочетания этих элементов. Первая группа включает стратегии, которые ориентированы на решение проблемы нехватки ресурсов, главным образом, путем сдерживания суммарных расходов (глава 3). Вторая группа объединяет стратегии, которые влияют на финансирование здравоохранения и направлены

на сохранение общедоступности и финансовую устойчивость здравоохранения за счет воздействия на страховщиков третьей стороны (глава 4). Третья группа включает стратегии достижения более эффективного перераспределения финансовых ресурсов между потребителями услуг третьих сторон и обслуживающими учреждениями в соответствии с задачами и приоритетами системы здравоохранения (глава 5). Наконец, последняя группа объединяет стратегии, которые непосредственно нацелены на тех, кто предоставляет медицинские услуги, для достижения более эффективного с точки зрения затрат и высококачественного обслуживания (глава 6).

После обзора стратегий авторы книги переходят к рассмотрению *процесса их осуществления*. Для того чтобы установить, почему некоторые реформы успешно претворяются в жизнь, тогда как другие, как бы хорошо они ни были задуманы, никогда не воплощаются, в главе 7 применяются заимствованные из политологии аналитические модели. Анализ позволяет выявить ряд ключевых факторов, которые разработчики национальной политики, возможно, захотят принять во внимание при составлении планов осуществления будущих реформ. И наконец, в главе 8 эти несколько разноплановые подходы сведены воедино в виде ряда выводов под общей рубрикой *путь вперед*.

1. НАСТОЯТЕЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РЕФОРМ

Широкий характер реформ в области здравоохранения говорит о том, что они вызваны к жизни глубинными тенденциями в гражданском обществе, распространяющимися через государственные границы. Важную роль в этой области играют две широкие группы факторов. Первая обусловлена тем, что различные силы, действующие извне сектора здравоохранения, влияют на базовую структуру, в рамках которой вырабатывается политика в области здравоохранения. Во многих случаях реформы здравоохранения являются не изолированным явлением, а составной частью более широких структурных усилий по реформированию различных государственных программ в области социального обеспечения и в других социальных сферах. На процесс реформ влияют политические, идеологические, социальные, исторические, культурные и экономические факторы, всю совокупность которых необходимо учитывать для понимания контекста, определяющего необходимость реформ.

Вторая группа факторов связана с существующими проблемами, касающимися состояния здоровья населения и сектора здравоохранения. К ним относятся специфические угрозы для здоровья населения Европы, их последствия для моделей медицинского обслуживания, востребованных обществом, обострение трудностей с финансированием здравоохранения, ряд организационных и структурных проблем.

Контекст реформы здравоохранения

Нынешняя структура и способность системы здравоохранения к будущим преобразованиям отражают множество внешних факторов. Социальные нормы и ценности влияют на основополагающие принципы системы, а также на стремление к проведению реформ. Уровень экономического развития страны влияет на объем ресурсов, имеющихся в наличии для целей медицинского обслуживания (4). Такие межсекторальные факторы, как жилой фонд, социальное страхование, питание и загрязнение окружающей среды также имеют немаловажное значение. Роль образования, в частности численности хорошо подготовленных управленцев, степень внедрения и уровень качества информационных систем также влияют на способность системы здравоохранения к серьезной и долгосрочной реформе (5). Эти внешние факторы рассматриваются здесь под тремя рубриками: определение роли ценностей, реальная роль макроэкономики и социально-демографические факторы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ ЦЕННОСТЕЙ

В Европе ресурсы системы здравоохранения формируются различными путями. Некоторые из этих различий имеют исторические корни, другие отражают политические или финансовые решения более позднего времени. Сочетание всех этих форм в значительной степени зависит от основополагающих норм и ценностей общества в широком смысле слова. Медицинское обслуживание, как и другие системы обслуживания населения, отражает глубоко укоренившиеся социально-культурные ожидания общества в целом.

Основополагающие нормы

Ключевой показатель нормообразующих ценностей общества затрагивает саму природу здравоохранения. В некоторых обществах оно рассматривается как преимущественно социальное или коллективное благо, которым могут пользоваться все граждане при получении необходимых медицинских или профилактических услуг. Общественная солидарность дополняет такой подход. Она предполагает, что молодые сознательно покрывают расходы на медицинское обслуживание престарелых, богатые — бедных и здоровые — больных, чтобы обеспечить получение всеми членами общества необходимых медицинских услуг. В других обществах, которые исповедуют радикальную рыночную философию 80-х годов, медицинское обслуживание все чаще рассматривается как товар, который можно купить и продать на открытом рынке. При этом подходе главный акцент делается на техническую эффективность и динамизм рыночных стимулов, которые можно ввести в механизм медицинского обслуживания, и на вклад, который, по замыслу, могут внести эти стимулы в дело сдерживания роста будущих расходов. Хотя концепция медицинского обслуживания как товара обсуждалась в некоторых высоких политических кругах, она не была принята за основу для разработки политики ни в одной европейской стране (6).

Вторая группа глубоко укоренившихся норм касается роли государства в секторе здравоохранения, а также роли добровольных, саморегулируемых организаций и общественности. В некоторых европейских странах государство традиционно играло главную роль в развитии сектора здравоохранения, причем, как правило, в сфере финансирования и оказания медицинской помощи. В других европейских странах государство играло менее заметную роль, а системы здравоохранения в основном находились в ведении саморегулируемых объединений страховщиков и поставщиков медицинских услуг. Эта доминирующая роль государства в тех странах Западной Европы, где она существует, была признана легитимной в результате свободных демократических выборов, что является непосредственным отражением воли народа. Однако в странах ЦВЕ и СНГ доминирующая роль государства ассоциируется с бывшими режимами, и

сейчас национальные политические руководители предпринимают согласованные усилия по созданию более сбалансированных правительственных и неправительственных структур. Политические руководители этих стран надеются также, что эти новые структуры выведут население из пассивного состояния, в котором оно находилось в прошлом, и обеспечат его более активную роль в вопросах здравоохранения и медицинского обслуживания.

Третьей социальной нормой является подотчетность. Система здравоохранения несет ответственность перед обществом по целому ряду различных политических, социальных и экономических требований. Можно говорить о пяти различных видах подотчетности системы здравоохранения: этической, профессиональной, юридической, политической и финансовой. Хотя каждая система имеет элементы всех пяти видов, как правило, доминирующую роль играет один или два из них, отражая ценности, присущие той или иной национальной системе здравоохранения (7). Здесь, как и в случае основополагающего характера системы здравоохранения и роли государства, надежды, которые общественность возлагает на принцип подотчетности, определяют параметры реальной и долгосрочной реформы сектора здравоохранения.

Формирование ценностей в секторе здравоохранения

Если рассматривать конкретные фундаментальные ценности в более широком плане, то можно обнаружить, что системы здравоохранения являются составной частью более широкого процесса определения обществом приоритетных ценностей и институтов. С точки зрения этого процесса трудности демократических обществ в реформировании их систем медицинского обслуживания связаны с более сложными взаимоотношениями между ценностями общества, нормами реализации этих ценностей и существованием индивидуумов, которые автономны и вместе с тем зависимы от этих ценностей. В этом смысле реформа систем здравоохранения не может сводиться к чисто механическим действиям, заключающимся в реализации рационального плана по более эффективному использованию ресурсов. Речь идет о вопросах более принципиального характера, нежели просто о сокращении расходов. Мы говорим об обеспечении такой системы здравоохранения, которая воспринималась бы населением как главный элемент фундаментальных ценностей общества, и одновременно об осуществлении необходимых преобразований, но таким образом, чтобы не делать граждан их заложниками. Эта задача решается в процессе сложных переговоров между основными участниками принятия решений, роль определяется историей, традициями и культурой каждого общества.

Стабильность такой важной социальной системы, как здравоохранение, является результатом сочетаемости ценностей общества (называемых

господствующей системой мировоззрения) и социальной структуры институтов здравоохранения. Эта структура состоит из процессов, законов и правил, определяющих распределение ресурсов и властных полномочий в секторе здравоохранения (8), а также объем и виды имеющихся в наличии средств. Эти ресурсы и форма их организации являются прямым отражением социальных ценностей.

Система господствующего мировоззрения

Понятие системы господствующего мировоззрения не означает наличия какой-либо одной системы воззрений и ценностей, разделяемых всем населением. Это понятие скорее подразумевает, что постоянная и ежедневная напряженность между различными ценностями и воззрениями в обществе обладает определенной стабильностью. Чтобы лучше понять эту напряженность между различными ценностями, данную систему отношений следует разделить на четыре группы: ценности, понимание социальных явлений, распределение ресурсов и методы регулирования. Взаимоотношения между этими факторами образуют символическую структуру, позволяющую главным действующим лицам истолковывать происходящие в мире события и наделять их своим собственным смыслом (9).

ЦЕННОСТИ

В большинстве демократических обществ отмечается определенная конфликтность между главными ценностями: равенством, индивидуальной автономией и эффективностью.

Равенство подразумевает коллективную заботу о справедливости для каждого отдельного индивидуума. В очень общем плане равенство можно определить как восприятие того, что люди (коллективно) считают справедливым для равного распределения между индивидуумами или группами (10).

Индивидуальная автономия является одной из главных ценностей системы здравоохранения и социальной сферы в целом. В настоящее время она считается синонимом независимости и свободы в отличие от коллективистского понимания общества, определяемого понятием равенства. Понятие автономии, однако, имеет целый ряд значений, в том числе самоопределение, индивидуальную свободу, независимость, самоуправление, поведение в соответствии со своими собственными принципами или своими собственными планами на жизнь (11). Оно включает в себя две основные концепции: автономию действий (возможность добровольных и сознательных действий) и способность к самостоятельным действиям (полагаясь на свой собственный здравый смысл и необходимые ресурсы для достижения желаемого результата).

Эффективность является желанием достижения максимальных социальных благ (в области здравоохранения или доступа к медицинскому

обслуживанию) при минимальных издержках. Каждое определение эффективности соответствует конкретному принципу распределения ресурсов. Целесообразно провести различие между тремя уровнями эффективности: техническим, распределительным и социальным. Однако эффективность не является самодостаточным определением механизма распределения. Если следовать вышеупомянутому определению понятия равенства, то при рассмотрении природы эффективности можно выделить несколько различных принципов распределения.

ПОНИМАНИЕ ЯВЛЕНИЙ

Понимание таких явлений, как жизнь, здоровье, болезнь, смерть, боль и их факторов, является своеобразным способом толкования целей системы здравоохранения. Эта точка зрения с течением времени претерпевает эволюционные изменения (12–14) и не является универсальной. Концепция здравоохранения предполагает весьма различные реалии, которые не могут быть навязаны извне.

Таким образом, если кто-либо возьмется описать состояние здоровья населения с помощью показателей, построенных на концепции смертности (продолжительность жизни или коэффициенты смертности), то он не сможет рассмотреть здоровье в том свете, в каком оно воспринимается лицами, испытывающими боль или страдающими от болезни. Однако, если выбрать последнюю точку зрения, то при таком подходе выпадают биологические функции (на уровне органов, тканей, клеток или молекул), которые могут выявить современные методы диагностики и позволяет излечить биотехнология.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ

Этот фактор относится к восприятию роли и функций различных работников сектора здравоохранения и к распределению ресурсов между секторами. С одной стороны, это отражает существующее в обществе мнение об обязательной ответственности и положении специалистов, ресурсах, которые они должны получать, и необходимом уровне их образования. С другой стороны, это отражает систему оптимального распределения государственных ресурсов между здравоохранением и медицинским обслуживанием и, внутри системы медицинского обслуживания, между профилактикой и лечением, между стационарным и амбулаторным обслуживанием и между государственным и частным секторами системы здравоохранения.

МЕТОДЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ

Взаимодействие между сторонами, участвующими в медицинском обслуживании, определяется одной из четырех основных моделей регулирования, которые повсеместно встречаются в обществе. К ним относятся

технократическая модель, профессиональная саморегулируемая модель, рыночная модель и демократическая модель. Каждая модель опирается на различный комплекс ценностей. Преобладающая модель, избранная для той или иной системы здравоохранения, отражает приоритеты, выбранные обществом в целом.

В технократической модели системой управляют подготовленные «эксперты», опирающиеся на свои специальные знания и свое господствующее положение в политических и экономических институтах (15). Этот регламентирующий подход, который также называется «моделью административно-командного планирования» (16), построен на анализе нормативной базы, проведенном экспертами, отвечающими за структурирование, мониторинг и оценку деятельности системы здравоохранения. Эта модель предполагает прямое государственное вмешательство в функционирование системы здравоохранения для обеспечения рационального управления и ограничения быстрой смены политических целей в результате нерационального поведения участников процесса (15).

В профессиональной саморегулируемой модели врачи² являются центральным звеном системы медицинского обслуживания, и использование ресурсов здравоохранения зависит от их решений. Выступая в качестве представителей пациентов, они имеют доступ ко всей информации об их потребностях и, как считается, должны предоставлять свои услуги на этой основе. Эта модель предполагает передачу профессионалам-медикам контроля над системой здравоохранения. Учитывая те преимущества, которые дают врачам информация и знания, их главную роль в определении использования ресурсов и отсутствие какой-либо реальной юридической инфраструктуры для контроля за медицинской практикой, заслон на пути злоупотреблений может быть поставлен только самими профессионалами-медиками. Этот контроль осуществляется за счет образования и подготовки, которые обеспечивают приобретение стандартного комплекса навыков. Он также осуществляется благодаря наличию жесткого кодекса профессиональной этики, который ставит во главу угла учет потребностей пациентов в медицинской практике, что позволяет избежать чрезмерного или недостаточного предоставления услуг. На контроль за медицинской практикой влияет также распространенная в профессиональных кругах приверженность определенным этическим нормам.

В рыночной модели правила устанавливаются на конкурентных рынках в соответствии с законами спроса и предложения и при условии признания определенных ограничений. Этот вид регулирования дает в итоге

² Термин «врач» используется здесь как родовое понятие для обозначения всех практикующих врачей, независимо от их специализации. Термин «доктор» используется по мере необходимости для обозначения конкретного отношения данного лица к обслуживанию пациентов.

такую модель распределения ресурсов, которую можно считать оптимальной с позиции принципа Парето³, в том смысле, что ее невозможно изменить без ущерба хотя бы для одного участника хозяйственной деятельности. Это — сильная модель, главным образом, благодаря ее нормативным и идеологическим аспектам. Данный подход основан на доктрине, утверждающей автономию рынка, и, следовательно, предусматривает минимальное вмешательство правительства в экономические вопросы.

В демократической модели каждый гражданин имеет право влиять на социально-политические решения и жизнь общества, а также несет ответственность за это. Это демократическое право может осуществляться в прямой или косвенной форме. Обычно оно осуществляется косвенно, через выборных или назначаемых представителей. Демократическая модель способствует вовлечению населения в процесс формулирования потребностей, проблем, приоритетов и решений в области административного управления системой здравоохранения.

Институционализация ценностей в секторе здравоохранения

Вышеизложенное означает, что вряд ли возможна какая-либо модель, которая пользовалась бы всеобщей поддержкой. В действительности существуют взаимосвязанные системы взглядов, которые цементируются в процессе обсуждения и которые в определенный момент времени выкристаллизовываются в четко очерченный конкретный набор организационных форм. Эти организационные формы становятся юридической, административной и физической структурой господствующей системы ценностей, которая определяет распределение материальных ресурсов и властных полномочий (это именно то, что Bourdieu (17) называет символическим капиталом) (8).

Эти организационные структуры создают широкую систему стимулов, сдержек, обязательств и норм, которые в любой данный момент подкрепляют конкретный набор ценностей, восприятий и воззрений. Социальная и материальная структура создает «поле стимулов», аналогичное магнитному полю, в котором действующие лица борются за изменение существующего порядка в своих личных интересах (17).

Если можно вообразить, что организационная структура в какой-либо момент времени является отражением как равновесия, так и напряженности между воззрениями и восприятиями различных действующих лиц системы, то вполне возможно также допустить, что организация и символические структуры имеют различные эволюционные алгоритмы. Можно вообразить, что с течением времени между ними происходит разрыв.

³ Принцип Парето означает, что улучшение благосостояния одного индивидуума не ведет к ухудшению благосостояния остальных членов общества (Альфредо Парето (Alfredo Pareto), профессор экономики Лозанского университета, скончался в 1923 году).

Чем больше этот разрыв, тем сильнее восприятие неадекватности ранее существовавших организационных форм, и система вступает в кризисное состояние. Эту проблему можно решить путем трансформирования конкретной организационной формы без нарушения равновесия конфликтующих сил, которое характеризует систему в целом. Однако этот кризис может быть и более глубоким, если он затрагивает один или несколько из четырех факторов, формирующих эти символические структуры. В такой ситуации для урегулирования кризиса недостаточно минимальных изменений организационной структуры — требуются более глубокие преобразования. Вполне возможно, что такая ситуация существует сейчас в ряде развитых стран (18).

РЕАЛЬНАЯ РОЛЬ МАКРОЭКОНОМИКИ

Структура и состояние всей национальной экономики также являются важным фактором, определяющим характер реформы здравоохранения. Национальные, региональные и муниципальные органы управления многих стран находятся под мощным финансовым прессом. В Западной Европе государства — члены Европейского союза (ЕС) сокращают государственные расходы для снижения своего бюджетного дефицита до уровня, установленного Маастрихтским договором, который необходим для вступления в предлагаемый Европейский валютный союз. Рост расходов на пособия по безработице и социальное обеспечение легли тяжелым бременем на бюджеты местных органов власти. Если говорить в более широком плане, то экономисты утверждают, что для сохранения конкурентоспособности продукции западноевропейских стран в условиях глобализации мировой экономики уровень расходов их государственного сектора необходимо снизить с тем, чтобы высвободить средства для частных инвестиций (19). Этот макроэкономический пресс свидетельствует о том, что системам здравоохранения, финансируемым и/или управляемым государством, вполне возможно придется пережить сокращение расходов, причем независимо от того, насколько эффективно они функционируют.

Несмотря на то, что в странах ЦВЕ период отрицательного экономического роста, продолжавшийся несколько лет, сменился теперь повышением общего показателя валового внутреннего продукта (ВВП), в Польше нынешний объем производства лишь вернулся к уровню 1989 года (Таблица 1). Согласно оценкам, в 1996 году в странах СНГ экономическая производительность едва превышала половину этого показателя в 1989 году. Снижение уровня ВВП является отражением болезненного процесса экономической перестройки и помогает объяснить резкое снижение государственных доходов, выделяемых на цели здравоохранения.

Т а б л и ц а 1. Экономический рост в странах ЦВЕ и СНГ, 1990–1996 годы^a

| Страна | Ежегодное изменение реального ВВП в процентах (1989 = 100) | | | | | | | | | | Реальный ВВП (1989 = 100) | |
|--------------------|--|------|------|------|------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------------------|--|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 (оценка) | 1996 (прогноз) | 1995 (оценка) | 1996 (прогноз) | 1995 (оценка) | 1996 (прогноз) | |
| Албания | -10 | -28 | -10 | 11 | 9 | 9 | 5 | 77 | 81 | | | |
| Армения | -7 | -11 | -52 | -15 | 5 | 7 | 7 | 38 | 40 | | | |
| Азербайджан | -12 | -1 | -23 | -23 | -21 | -8 | -4 | 38 | 36 | | | |
| Беларусь | -3 | -1 | -10 | -11 | -12 | -10 | -5 | 61 | 58 | | | |
| Болгария | -9 | -12 | -7 | -2 | 2 | 3 | -4 | 76 | 73 | | | |
| Хорватия | -9 | -20 | -10 | -4 | 1 | 2 | 5 | 68 | 68 | | | |
| Чешская Республика | -0 | -14 | -6 | -1 | 3 | 5 | 5 | 85 | 90 | | | |
| Эстония | -8 | -11 | -14 | -9 | -3 | 3 | 3 | 64 | 66 | | | |
| Грузия | -12 | -14 | -40 | -39 | -35 | 2 | 8 | 18 | 20 | | | |
| Венгрия | -4 | -12 | -3 | -1 | 3 | 2 | 2 | 86 | 87 | | | |
| Казахстан | -0 | -13 | -13 | -12 | -25 | -9 | 1 | 45 | 45 | | | |
| Киргизстан | 3 | -5 | -19 | -16 | -27 | 1 | 2 | 50 | 51 | | | |
| Латвия | 3 | -8 | -35 | -16 | 1 | -2 | 1 | 51 | 52 | | | |

Таблица 1 (продолжение)

| Страна | Ежегодное изменение реального ВВП в процентах (1989 = 100) | | | | | | | | | | | Реальный ВВП (1989 = 100) | |
|--|--|------|------|------|------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------------------|--|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 (оценка) | 1996 (прогноз) | 1995 (оценка) | 1996 (прогноз) | 1995 (оценка) | 1996 (прогноз) | | |
| Литва | -5 | -13 | -38 | -24 | 1 | 3 | 2 | 40 | 41 | 40 | 41 | | |
| Польша | -12 | -7 | 3 | 4 | 5 | 7 | 5 | 00 | 103 | 00 | 103 | | |
| Республика Молдова | -2 | -18 | -29 | -1 | -31 | -3 | 4 | 38 | 39 | 38 | 39 | | |
| Румыния | -6 | -13 | -9 | 1 | 4 | 7 | 5 | 84 | 88 | 84 | 88 | | |
| Российская Федерация | -4 | -13 | -15 | -9 | -13 | -4 | 3 | 55 | 53 | 55 | 53 | | |
| Словакия | -3 | -15 | -7 | -4 | 5 | 7 | 6 | 84 | 89 | 84 | 89 | | |
| Словения | -5 | -8 | -5 | 1 | 5 | 4 | 3 | 91 | 94 | 91 | 94 | | |
| Таджикистан | -2 | -7 | -29 | -11 | -22 | -13 | -7 | 40 | 37 | 40 | 37 | | |
| Бывшая югославская Республика Македония | -10 | -12 | -21 | -8 | -4 | -2 | 3 | 54 | 56 | 54 | 56 | | |
| Туркменистан | 2 | -5 | -5 | -10 | -20 | -10 | 0 | 60 | 60 | 60 | 60 | | |

Таблица 1 (продолжение)

| Страна | Ежегодное изменение реального ВВП в процентах (1989 = 100) | | | | | | | | | | Реальный ВВП (1989 = 100) |
|-------------------------------|--|------|------|------|------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|--|------------------------------|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 (оценка) | 1996 (прогноз) | 1995 (оценка) | 1996 (прогноз) | | |
| Украина | -3 | -9 | -10 | -14 | -23 | -12 | -7 | 46 | 43 | | |
| Узбекистан | 2 | -1 | -11 | -2 | -4 | -1 | -1 | 83 | 82 | | |
| В среднем по ЦВЕ и СНГ | -5 | -12 | -10 | -5 | -6 | 0 | 1 | 68 | 68 | | |
| В среднем по ЦВЕ ^b | -7 | -11 | -4 | 1 | 4 | 5 | 4 | 87 | 90 | | |
| В среднем по СНГ ^c | -4 | -12 | -14 | -9 | -14 | -5 | -3 | 54 | 52 | | |

^a Данные за 1989-1995 годы представляют собой самые последние официальные оценки объема производства, отраженные в публикациях национальных органов власти, Международного валютного фонда, Всемирного банка, ОЭСР, PlanEcol и Института международных финансов. Данные за 1995 год представляют собой предварительные сведения о реальном уровне ВВП, основанные главным образом на официальных правительственных оценках. Данные за 1996 год представляют собой прогнозы Европейского банка реконструкции и развития (ЕБРР).

^b Оценки реального ВВП представляют собой средневзвешенные показатели по Албании, Болгарии, бывшей югославской Республике Македонии, Венгрии, Латвии, Литве, Польше, Румынии, Словакии, Словении, Хорватии, Чешской Республике и Эстонии. В качестве взвешенных величин использовались оценочные данные ЕБРР о номинальном уровне ВВП в долларах США за 1995 год.

^c В данном случае включены все страны бывшего СССР, за исключением Латвии, Литвы и Эстонии. Оценки реального ВВП представляют собой средневзвешенные величины. В качестве взвешенных величин использовались оценочные данные ЕБРР о номинальном уровне ВВП в долларах США за 1995 год.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Старение населения

Важной тенденцией в регионе представляется дальнейшее старение населения. Доля людей старше 65 лет, и особенно весьма престарелых, будет по-прежнему расти. Хотя использование пожилыми людьми медицинских услуг варьируется в зависимости от страны и группы населения, правительства озабочены тем, что все большему числу этих граждан будет требоваться медицинская помощь и что общий уровень расходов будет расти. Этот вопрос более подробно рассматривается ниже, в разделе, посвященном последствиям для медицинского обслуживания (с. 40–44).

Технический прогресс

В последнее десятилетие ускорилось внедрение инвазивных и неинвазивных клинических инноваций. В силу факторов безопасности, эффективности, качества обслуживания и престижа, а также удовлетворения пациентов к поставщикам медицинских услуг предъявляются все более жесткие требования относительно применения новейших методов лечения. Даже если эти методы являются менее дорогостоящими (например, лапароскопическая хирургия или визуализация сердца), они, как правило, требуют значительных капитальных затрат на новое оборудование и модернизацию технической базы, а иногда и повышения эксплуатационных расходов в связи с наймом дополнительного персонала. Прогресс в области информатики также требует капиталовложений в аппаратные средства и подготовку кадров, особенно если рыночная конкуренция побуждает покупателей и поставщиков устанавливать свои цены на услуги.

Ожидания населения и пациентов

Население всех стран Европы требует большего учета интересов пациентов в подходе к медицинскому обслуживанию. В Западной Европе набирает силу движение в защиту прав пациентов. Правительства стран с бюджетной системой финансирования здравоохранения испытывают на себе мощное давление общественности, требующей сократить время ожидания в очереди на прием и устранить другие препятствия, связанные с расписанием работы медицинских учреждений. От медиков ждут также предоставления более высококачественных услуг, отвечающих международным стандартам. В странах ЦВЕ и СНГ пациенты решительно заявляют о необходимости свободного выбора услуг, повышения их качества, нередко подкрепляя эти требования прямыми расчетами наличными за медицинское обслуживание.

Требования политического момента

Политики обычно ищут быстрые или краткосрочные решения политических проблем, пытаясь приурочить их к избирательным циклам. Они пытаются выбрать направление реформ, соответствующее их общим идеологическим лозунгам и вписывающееся в избирательную кампанию. В прошлом в странах Восточной и Западной Европы политические решения нередко принимались, исходя из этих требований.

Стратегии корпоративного управления

Начиная с 80-х годов решения о реформировании сектора здравоохранения принимались с учетом последних достижений теории управления частными корпорациями. Такие стратегии, как децентрализация предпринимательских подразделений, внешний подряд и переоснащение — все эти подходы выравнивают традиционную иерархию и создают групповую систему менеджмента — оказали влияние на архитектуру реформ сектора здравоохранения в 90-е годы.

Трудности, связанные с проведением реформ: проблемы здоровья населения и сектора здравоохранения

Хотя конкретные внешние факторы реформ здравоохранения существенно различаются по странам, коренные проблемы систем здравоохранения весьма схожи. Это утверждение правомерно, несмотря на разительное несходство условий в Восточной и Западной Европе. В совокупности с вышеупомянутыми общими факторами комплекс альтернатив, характерных для сферы охраны здоровья и сектора здравоохранения, побудил национальных политических руководителей к проведению крупных структурных реформ.

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Изменение клинической картины заболеваемости в Европе является одним из факторов мотивации изменений в конфигурации здравоохранительных служб как на микро-, так и на макроуровнях. Расширение комплекса услуг по лечению болезней, передаваемых половым путем, в результате распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа иллюстрирует первый тезис (21). Последний же тезис подтверждается озабоченностью по поводу долгосрочного финансирования медицинского обслуживания в условиях старения населения и растущего распространения хронических заболеваний. Далее приводится обзор некоторых из основных тенденций

в изменении состояния здоровья населения Европы; однако прежде всего необходимо рассмотреть различные возможности описания структуры заболеваний.

Измерение здоровья и заболеваний

Необходимо рассмотреть два вопроса. Вопрос первый — как измерить относительное влияние различных условий на общую заболеваемость. Вопрос второй — как использовать эти данные для описания тенденций во времени и, следовательно, для прогнозирования.

К этому вопросу можно подойти с различных позиций. Самое простое — это измерение смертности на основе общих или повозрастных коэффициентов смертности. Это позволит показать, например, основные причины смерти. Число лет жизни, потерянных в результате преждевременной смерти, является еще одним возможным подходом (22). Этот подход может применяться в различных формах, например путем корректировки показателя продолжительности жизни на потерянные из-за смерти годы жизни по конкретной причине смерти или в виде показателя потенциальной потери лет жизни; последний показатель, как правило, предполагает сложение разности между возрастом в момент смерти от каждого из заболеваний и выбранным показателем нормальной продолжительности жизни, обычно он равняется 65 или 75 годам. Точность этого показателя можно повысить с помощью такой методики, как дифференцированное взвешивание с учетом вариаций в социальной ценности жизни в различном возрасте (23).

Эти методы измерения используются для того, чтобы показать, например, как с учетом потерянных лет жизни различаются между собой основные угрозы для здоровья в европейских государствах СНГ (где они представлены в основном такими неинфекционными заболеваниями, как ишемическая болезнь сердца, рак легких и хроническая обструктивная болезнь легких) и в среднеазиатских государствах (где к этим причинам добавляются инфекционные заболевания и нарушения репродуктивной функции) (24).

Можно дополнительно использовать измерение распространенности заболеваний без смертельного исхода. Такие расчеты традиционно производятся с помощью легко доступных показателей, например числа дней нетрудоспособности, однако все чаще признается, что действие многочисленных факторов ограничивает ценность таких измерений. К другим подходам относятся обследования на предмет определения количества лиц, страдающих хроническими болезнями; их можно усовершенствовать посредством включения широкого комплекса показателей состояния здоровья (25). Реформаторы здравоохранения, возможно, также захотят заложить в ход реформы такие приоритеты, которые максимизировали бы прирост здоровья от заданного объема вкладываемых ресурсов.

Для этого они должны присвоить определенное значение различным уровням состояния здоровья. Применяемые измерения основаны на той идее, что год жизни при худшем состоянии здоровья должен считаться менее полноценным, чем год более благополучной жизни. Корректировка на нетрудоспособность и качество жизни основана на весовых коэффициентах, полученных из обследований состояния здоровья. Самыми известными примерами являются, наверное, такие показатели: число лет жизни, скорректированное на качество жизни (QALY) (26) или число лет жизни, скорректированное на нетрудоспособность (DALY) (27). Первый показатель основан на оценке (взвешивании) различных уровней состояния здоровья. Обычно это двухмерная матрица, включающая оценку ощущений и нетрудоспособности больного. Последний показатель предполагает присвоение весов шести различным уровням нетрудоспособности.

Второй вопрос состоит в том, как прогнозировать будущие тенденции в изменении уровней заболеваемости. Как и при любых прогнозах, этот способ строится на определенных предположениях относительно сохранения в будущем существующих ныне тенденций. Стандартным методом прогнозирования картины заболеваемости является анализ по возрастным группам, при котором тенденции в каждой группе рассматриваются отдельно. Затем результаты могут быть увязаны с информацией о прогнозируемом росте численности населения для получения представления о возможном распространении заболеваний в будущем. При всей ценности этого подхода и глубине проникновения в существо вопроса, он постоятелен только в краткосрочной перспективе. Однако его можно дополнить такими приемами, как методы Делфи, которые позволяют обобщить экспертные заключения для выявления возможных изменений по принципу аналогии (а не на основании ранее существовавших тенденций), и сценарный анализ, при котором можно проверить различные предположения относительно будущей ситуации.

Эту информацию можно использовать в сочетании с данными о вероятности достижения различными стратегиями конкретных результатов, а также о связанных с этим расходах. В качестве удачного примера можно привести Доклад Всемирного банка *1993 World development report* (28), где приводятся оценки расходов по целому ряду стратегий здравоохранения в расчете на показатель DALY. Этот вид анализа подкрепляется целым рядом механизмов, причем наиболее широкое применение получила голландская модель PREVENT (29).

Динамика состояния здоровья населения в Европе

Для целей обзора, представленного в данном разделе, европейский регион ВОЗ рассматривается в ракурсе трех основных блоков: страны ЕС, страны ЦВЕ и новые независимые государства (ННГ) бывшего

СССР⁴. Однако важно иметь в виду, что хотя в структуре заболеваемости в различных районах Европы наблюдаются общие тенденции, использование суммарных данных неизбежно затуманит весьма сложную картину, наблюдаемую как в самих этих странах, так и между ними (30).

Если начать с общих тенденций смертности, то бросается в глаза значительное расхождение в продолжительности жизни между этими тремя частями региона (диаграммы 1 и 2).

В период с 1980 по 1994 год общая продолжительность жизни мужчин в странах ЕС возросла на 3,1 года — с 70,7 до 73,8; женщин на 3,2 года — с 77,4 до 80,6. С другой стороны, в странах ЦВЕ этот показатель для мужчин возрос всего лишь на 0,6 года — с и без того низкого уровня 66,7 до 67,3 года; рост продолжительности жизни женщин составил 1,8 года — с 73,5 до 75,3 года. Особую тревогу вызывает положение в ННГ, где общая продолжительность жизни фактически упала: среди мужчин на 1,6 года — с 62,2 до 60,6 года, женщин на 0,6 года — с 72,5 до 71,9.

Как отмечалось выше, эти суммарные показатели скрывают значительные национальные различия. Например, ожидаемая продолжительность жизни в целом выше в странах, находящихся в южной части каждого из регионов. Кроме того, даже в некоторых странах Западной Европы (например, в Дании) отмечается весьма незначительный рост ожидаемой продолжительности жизни за этот период (31), тогда как быстрый рост в Испании в предыдущие годы замедлился после 1981 года. Среди стран ЦВЕ (Чешская Республика и Польша) в последнее время произошли обратные изменения долгосрочных ухудшающихся тенденций в продолжительности жизни, тогда как в Венгрии этого не наблюдается. В Российской Федерации, относящейся к ННГ, произошло особенно серьезное падение общей ожидаемой продолжительности жизни мужчин, где с 1986 по 1994 год этот показатель снизился на 7 лет. Как показано в Диаграммах 1 и 2, здесь в разные периоды отмечались разные тенденции. Так, после 1985 года в ННГ зафиксировано резкое увеличение ожидаемой продолжительности жизни (в основном благодаря кампании по борьбе с алкоголизмом того времени). Впоследствии произошли обратные изменения этой тенденции (Диаграмма 3).

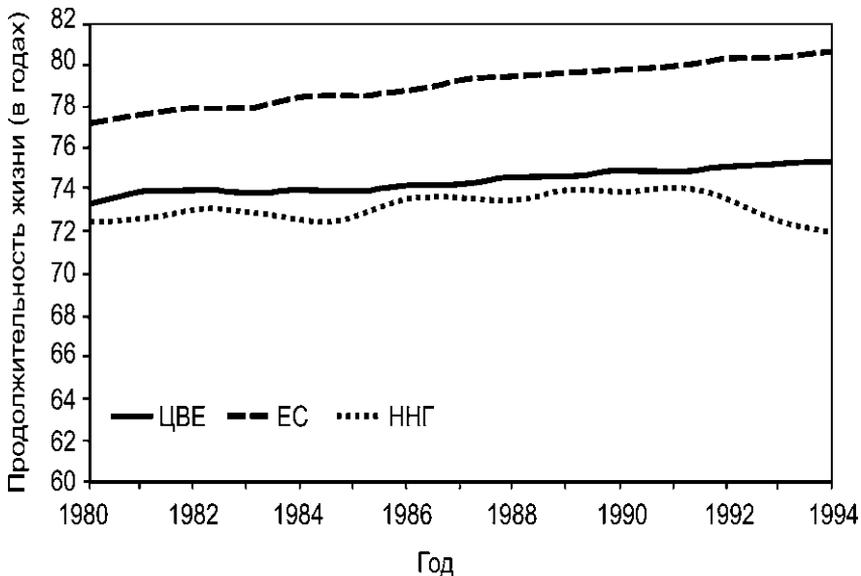
Сердечно-сосудистые заболевания занимают важное место в любом рейтинге главных опасностей для здоровья населения Европы. Они являются причиной половины всех смертельных исходов и трети всех случаев полной утраты трудоспособности и поэтому на них приходится

⁴ Данные, приведенные в настоящем разделе, взяты из базы данных Регионального бюро «Здоровье для всех», в которой статистическая информация по странам СНГ и государствам Балтии объединена для выведения суммарного показателя по ННГ (см. сноску 1, с. 18). Более подробную информацию из этой базы можно получить по адресу: Epidemiology, Statistics and Health Information unit, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ж, Denmark. Эту базу данных можно просмотреть или загрузить, войдя во Всемирную сеть по адресу: <http://www.who.dk/country.htm>.

значительная часть всех расходов на здравоохранение. Коэффициенты смертности в регионе колеблются в широких пределах и, как и в случае ожидаемой продолжительности жизни, тенденции имеют разнонаправленный характер (диаграммы 4 и 5). Здесь также отмечаются значительные различия в коэффициентах смертности между мужчинами и женщинами. Это отчасти объясняется защитной функцией женских гормонов, которые предохраняют женский организм от болезней до наступления менопаузы. Это также объясняется меньшим распространением табакокурения среди женщин во многих странах.

В 1981–1993 годах в странах ЕС по возрастной коэффициент смертности от ишемической болезни сердца для мужчин в возрасте от 0 до 64 лет снизился с 77,2 до 52,0 на 100 000 человек. Отмечался также спад смертности женщин — с 16,8 до 12,2. Однако в странах ЦВЕ этот показатель для мужчин возрос с 86,2 в 1981 году до 106,9 в 1993 году, а среди женщин он увеличился несколько меньше — с 22,2 до 27,8 на 100 000 человек. Как и в случае ожидаемой продолжительности жизни, ситуация в ННГ значительно хуже, поскольку смертность среди мужчин возросла со 153,9 на 1000 человек в 1981 году до 215,2 в 1993 году; соответствующие показатели для женщин составляют 47,1 и 62,6.

Д и а г р а м м а 1. Ожидаемая при рождении продолжительность жизни среди мужчин в Европейском регионе ВОЗ, 1980–1994 годы

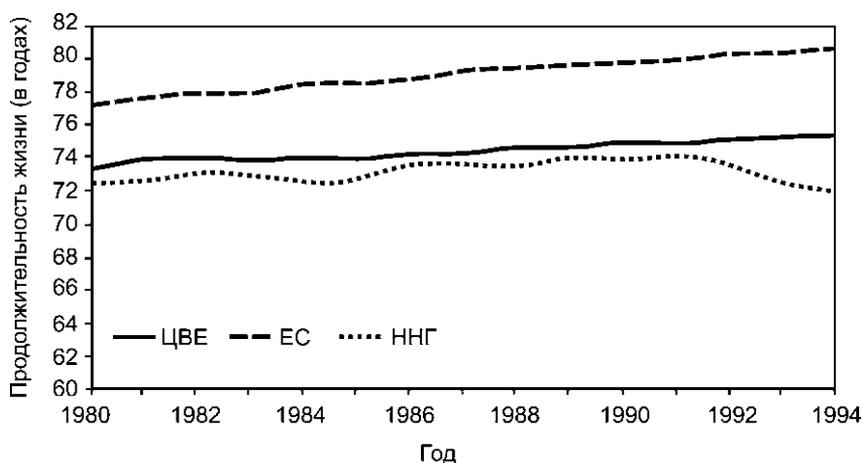


Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

Таким образом, в этой возрастной группе коэффициент смертности граждан ННГ от ишемической болезни сердца сейчас в 4–5 раз выше, чем в ЕС. На сердечно-сосудистые заболевания приходится примерно половина разницы в продолжительности жизни между Восточной и Западной Европой.

Рак является второй важнейшей причиной смерти в регионе, так как на него приходится 20% всех смертельных исходов. Многочисленные разновидности рака и соответствующие различия в факторах риска означают, что тенденции в рамках каждой разновидности варьируются в широких пределах. Многие виды рака связаны с образом жизни и, следовательно, в определенной мере поддаются профилактике, хотя генетическая предрасположенность некоторых лиц подвергает их большему риску, чем других. Роль образа жизни наиболее наглядно просматривается на примере табакокурения, которое является важной причиной широкого распространения рака не только легких, но и ряда других органов. Кроме того, табакокурение может иметь синергический эффект в сочетании с другими причинами рака, например вредным воздействием асбеста, а в случае рака шейки матки — в сочетании с вирусом папилломы человека. Другие аспекты образа жизни также имеют важное значение. Рацион питания может способствовать развитию рака желудочно-кишечного тракта и груди, а половые контакты — рака шейки матки за счет вирусной инфекции.

Д и а г р а м м а 2. Ожидаемая при рождении продолжительность жизни среди женщин в Европейском регионе ВОЗ, 1980–1994 годы



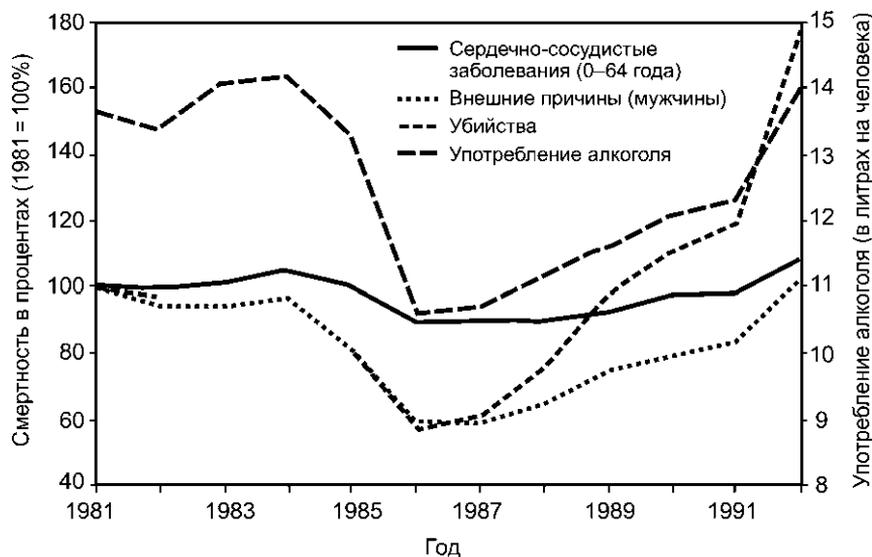
Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

Тем не менее главной причиной рака в Европе, которой вполне можно избежать, является табакокурение (Диаграмма 6). Уровень распространения рака легких является предупреждением для несовершеннолетних курильщиков, а в странах ЦВЕ и ННГ агрессивная маркетинговая политика табачных компаний ведет к серьезным последствиям для здравоохранения в будущем.

Как и в случае сердечно-сосудистых заболеваний, здесь наблюдается значительный разброс между различными частями региона, а также между мужчинами и женщинами. Во всех частях региона коэффициенты смертности женщин значительно ниже, чем мужчин, что говорит о том, что женщины несколько позднее приобщаются к активному курению. Здесь данные неизбежно варьируются по национальному признаку, что отчасти является следствием культурных различий, и разница между полами в некоторых странах, как, например, в Дании, быстро сокращается.

В целом с 1981 по 1993 годы в ЕС наблюдалось незначительное снижение коэффициента смертности от рака легких среди мужчин в возрасте от 0 до 64 лет: с 34,1 до 32,2 на 100 000 человек. С другой стороны, коэффициенты смертности несколько увеличились среди женщин: с 5,7 до 6,7 на 100 000 человек. Значительно больший рост произошел в странах

Д и а г р а м м а 3. Потребление алкоголя и смертность в Российской Федерации, 1981–1992 годы

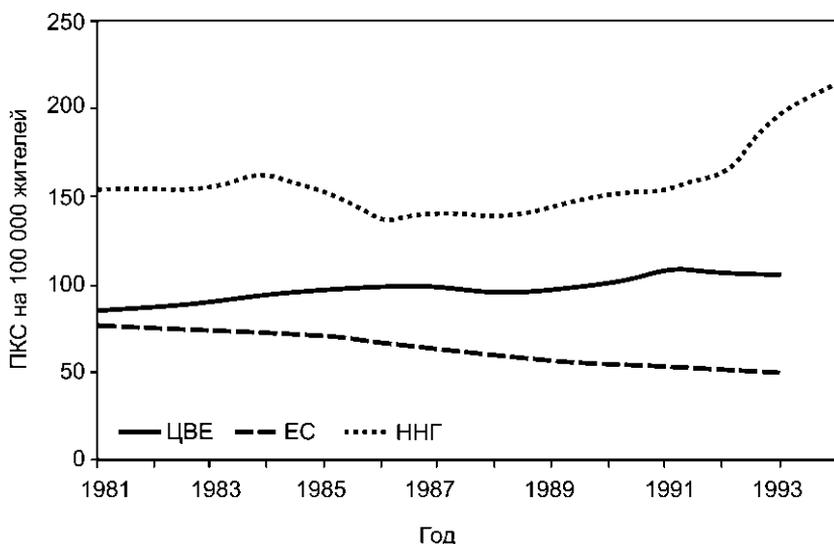


Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

ЦВЕ: с 41,3 до 53,4 на 100 000 человек среди мужчин и с 5,5 до 8,2 на 100 000 человек среди женщин. Аналогичное распределение наблюдается среди мужчин в ННГ, где произошло увеличение с 46,2 до 50,0 на 100 000 человек, хотя здесь отмечен незначительный спад среди женщин: с 5,1 до 4,8 на 100 000 человек.

Внешние причины смерти, например несчастные случаи, убийства и самоубийства, стоят в регионе на третьем месте и являются вторым по значению фактором, влияющим на разрыв в ожидаемой при рождении продолжительности жизни между Восточной и Западной Европой. Смертность по этим причинам особенно широко распространена среди 30- и 40-летних взрослых, что ведет к непропорционально серьезным последствиям для семей и производительности труда в промышленности. Смертность по этим причинам резко возросла в ННГ отчасти в результате роста насилия, ослабления по сравнению с прошлым контроля за применением техники безопасности и усиления психологического стресса, что, в свою очередь, ведет к повышению уровня потребления алкоголя. Повозрастной коэффициент смертности, включающий все возрастные группы этого контингента, понизился в ЕС с 56,9 на 100 000 человек в 1981 году до 46,6 в 1993 году. В странах ЦВЕ он вырос лишь незначительно, но

Д и а г р а м м а 4. Повозрастной коэффициент смертности (ПКС) от ишемической болезни сердца в Европейском регионе ВОЗ среди мужчин в возрасте от 0 до 64 лет, 1981–1994 годы



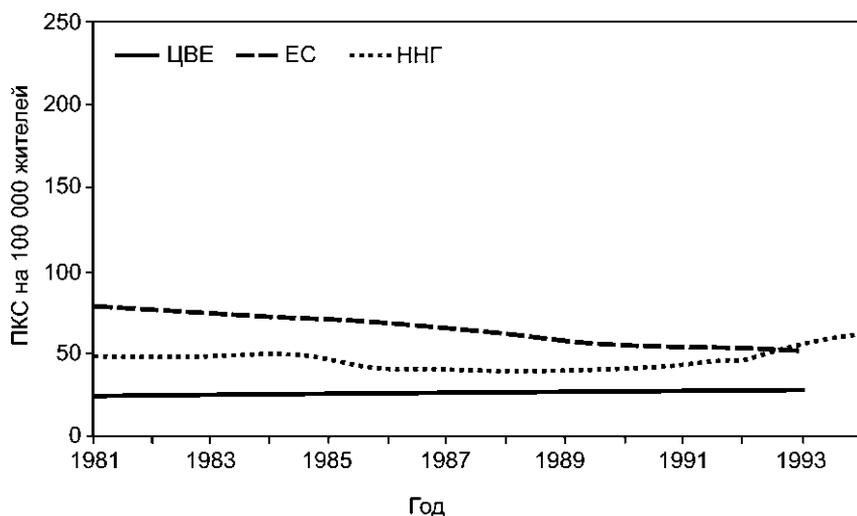
Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

рост происходит уже с высокого уровня, т.е. с 76,4 до 80,2 на 100 000 человек. За тот же период более значительный рост произошел в ННГ, где отчет также начинается с высокого уровня, а именно: со 130,7 до 164 на 100 000 человек (Диаграмма 7).

Как показывают вышеприведенные статистические данные, состояние здоровья населения во многих странах ЦВЕ и ННГ значительно ухудшилось. Хотя некоторые причины такой ситуации, например образ жизни, те же, что и на Западе, по размаху они совершенно несопоставимы. Изменения такого масштаба неизбежно влекут за собой значительные последствия для системы медицинского обслуживания и структуры распространения заболеваний.

В странах ЦВЕ и в ННГ еще продолжают ожесточенные споры о причинах их неспособности достигнуть такого же роста продолжительности жизни, что и в Западной Европе (32). Эти споры выявили ряд серьезных проблем. Высокие в целом уровни сердечно-сосудистых заболеваний в странах ЦВЕ и в ННГ в наибольшей степени способствуют различиям в продолжительности жизни населения между Востоком и Западом, за ними следуют внешние причины смерти и заболевания дыхательных путей (таблица 2). Однако, как отмечалось ранее, между странами существуют значительные различия. Несчастные случаи и насилие,

Д и а г р а м м а 5. Повозрастной коэффициент смертности (ПКС) от ишемической болезни сердца в Европейском регионе ВОЗ среди женщин в возрасте от 0 до 64 лет, 1981–1994 годы



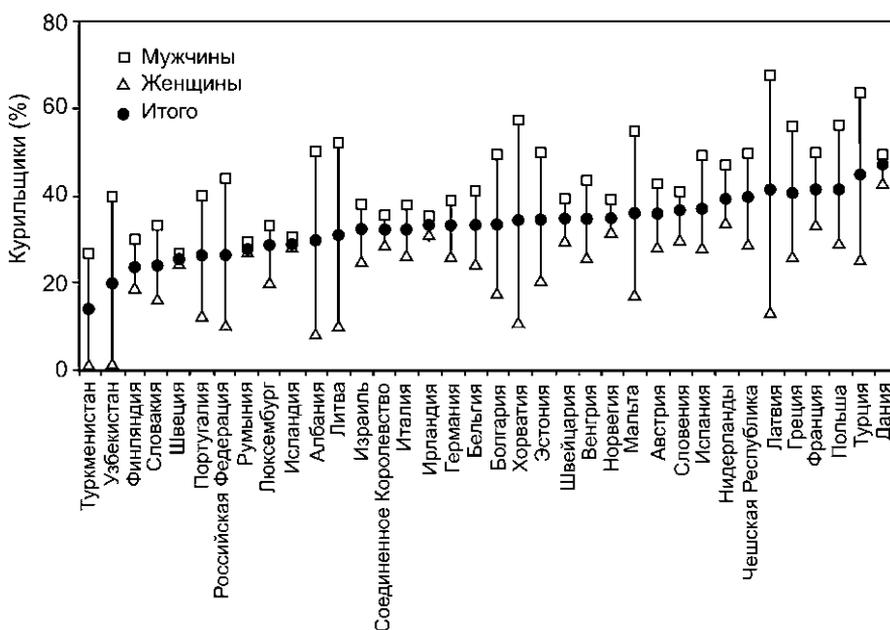
Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

а также цирроз печени (главным образом в связи с употреблением алкоголя) играют важную роль в европейских республиках ННГ и в Венгрии, но несколько меньшую, например, в Польше, где кампания против употребления алкоголя начала 80-х годов позволила остановить нарастающую в прошлом тенденцию к распространению заболеваний на почве злоупотребления алкоголем.

Табакокурение является еще одной серьезной проблемой, поскольку коэффициенты смертности в результате рака легких у мужчин уже намного превосходят средние показатели в большинстве стран Западной Европы. Ввиду того, что с момента начала курения до появления рака легких проходит несколько лет, наблюдающийся в настоящее время в этих регионах очень высокий процент курящих означает, что в XXI веке на службы здравоохранения ляжет большая нагрузка в связи с лечением этого заболевания.

Рацион питания, очевидно, также является чрезвычайно важным фактором, при этом в странах ЦВЕ и ННГ наблюдаются в целом низкие уровни питания (33). В последнее время появились данные, свидетельствующие о различиях между странами в этой области. Так, в Польше не

Д и а г р а м м а 6. Оценка распространенности табакокурения в Европейском регионе ВОЗ, начало 90-х годов

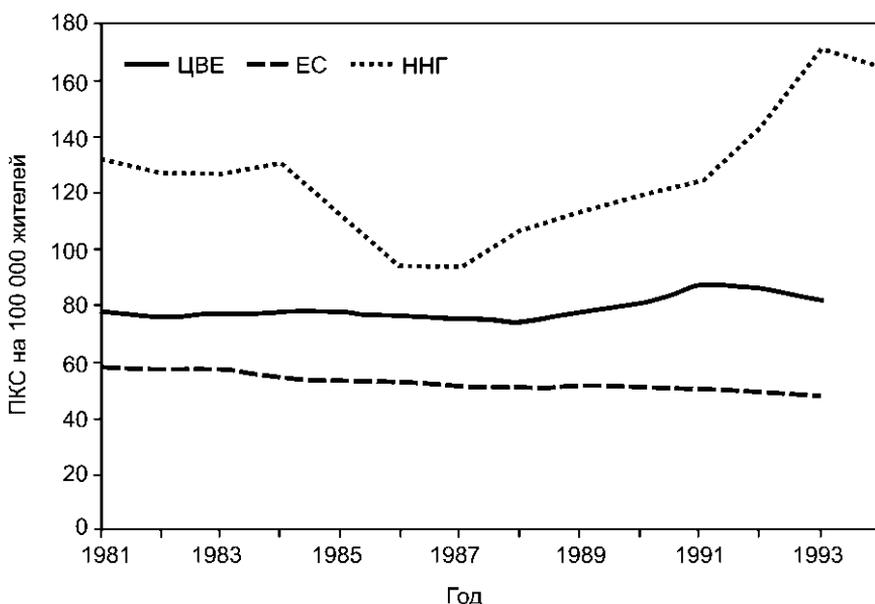


Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

наблюдается такого сокращения потребления животных жиров и увеличения потребления фруктов и овощей, как в Венгрии. При подробном анализе изменений в клинической картине заболеваемости выявляются и другие проблемы, которые пока еще не вызывают серьезной обеспокоенности, но свидетельствуют о наличии долгосрочных тенденций к неуклонному росту, например, различных форм заболевания раком.

Однако сосредоточение внимания на конкретных заболеваниях может привести к тому, что выпадут из поля зрения некоторые основополагающие факторы. В Западной Европе на протяжении длительного времени обсуждается вопрос о том, можно ли полностью объяснить ухудшение состояния здоровья бедных слоев населения более сильным влиянием на них факторов риска или же этому также способствуют их социальное положение и социально-экономический статус. В настоящее время имеются убедительные доказательства того, что социальные факторы играют важную роль. Это особенно хорошо видно из исследования, проведенного правительством Великобритании, цель которого заключалась в наблюдении за состоянием здоровья государственных служащих в течение

Д и а г р а м м а 7. Повозрастные коэффициенты смертности (ПКС), вызванной внешними причинами, в Европейском регионе ВОЗ (0–64 года), 1981–1994 годы



Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

длительного периода времени (34). Это исследование показало, что коэффициенты смертности среди государственных чиновников низших звеньев выше и это явление наблюдается на всех уровнях занятости. Кроме того, эти более высокие коэффициенты смертности можно лишь частично объяснить действием известных факторов риска, таких, как рацион питания и табакокурение (35). Аналогичным образом увеличивается объем данных, свидетельствующих о том, что различия в благосостоянии также являются важными факторами, определяющими различия в коэффициентах смертности между странами (36) и внутри них (37, 38). И наконец, боязнь остаться без работы и чувство незащищенности, которое люди при этом испытывают, также являются важными факторами, ведущими

Т а б л и ц а 2. Факторы, способствующие увеличению разрыва между показателями ожидаемой продолжительности жизни в странах ЦВЕ и СНГ и в странах Западной Европы

| Причина смерти | Дополнительная ожидаемая продолжительность жизни в странах Западной Европы по возрастным группам | | | | |
|---|--|--------------|---------------|-------------|----------------------------------|
| | <1 года | 1–34 года | 35–64 года | ≥ 65 лет | Все возра- стные группы |
| Инфекционные и паразитарные заболевания | 0,3 | 0,1 | 0,08 | -0,01 | 0,47 |
| Рак | 0 | 0,05 | 0,25 | -0,35 | -0,05 |
| Сердечно-сосудистые заболевания | 0 | 0,07 | 1,36 | 1,85 | 3,28 |
| Респираторные заболевания | 0,68 | 0,2 | 0,15 | -0,5 | 0,97 |
| Желудочно-кишечные заболевания | 0,02 | 0,03 | 0,08 | -0,04 | 0,09 |
| Внешние причины | 0,04 | 0,64 | 0,71 | 0,03 | 1,41 |
| Неустановленные обстоятельства | -0,1 | 0,01 | 0,04 | 0,18 | 0,12 |
| Другие заболевания | 0 | 0 | -0,02 | -0,2 | -0,22 |
| Все причины | 0,93 | 1,09 | 2,63 | 1,4 | 6,06 |

Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

к ухудшению здоровья. Хотя в странах ЦВЕ и ННГ пока еще проведено мало исследований этого вопроса, имеются доказательства того, что наибольшее воздействие эти отрицательные факторы оказывают на маргиналов и лиц, живущих в относительной бедности, например разведенных мужчин (39), и что большую роль в повышении коэффициентов смертности играет стресс (40).

Появление новых инфекционных заболеваний и возврат старых также имеют существенные последствия для здравоохранения в Европе. Вероятно, наиболее известными примерами новых заболеваний являются ВИЧ-инфекция и СПИД. Показатель заболеваемости СПИДом в Европе колеблется в широких пределах, отражая многочисленные факторы, включая культурные различия, от которых зависит подверженность факторам риска. В настоящее время СПИД наиболее широко распространен во Франции, Италии и Испании. В некоторых странах скорость распространения СПИДа начинает замедляться, в основном в результате проведения политики, направленной на пропаганду здорового образа жизни, тогда как в других странах заболеваемость СПИДом продолжает расти. Кроме того, меняется и структура основополагающих факторов риска (Диаграмма 8).

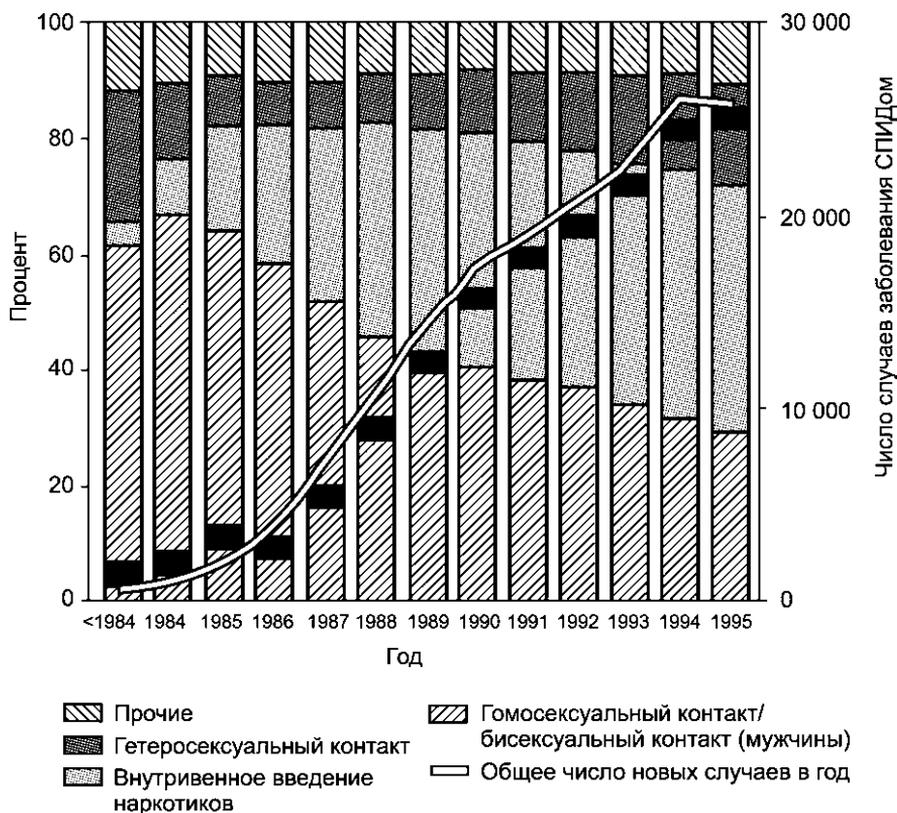
СПИД — это только один пример растущей опасности инфекционных заболеваний. Развал существовавшего в ННГ механизма медицинского контроля и профилактики способствовал появлению вновь таких болезней, как дифтерия и холера, тогда как заболеваемость туберкулезом растет во всем регионе.

Нынешняя картина заболеваемости в Европе имеет ряд последствий для реформы сектора здравоохранения. Первое из них заключается в необходимости признания того факта, что службы здравоохранения, как таковые, могут лишь в относительно ограниченной степени влиять на основные причины заболеваемости в европейском регионе. Состояние здоровья населения в значительной степени предопределяется взаимодействием четырех взаимосвязанных факторов: генетическая предрасположенность, поведение и образ жизни, социально-экономический статус и состояние окружающей среды (42).

Второе следствие заключается в том, что прошедшие реформу системы здравоохранения должны включать механизмы борьбы с основными рисками для здоровья. В частности, необходимо создать сильные государственные системы здравоохранения, способные отслеживать тенденции заболеваемости и поддерживать разработку комплексных программ борьбы с такими тенденциями. Способы достижения этого подробно обсуждаются в разделе, посвященном реформированию государственных систем здравоохранения, глава 2 (см. с. 90–101).

Третье следствие заключается в том, что по мере изменения картины заболеваемости с течением времени службы здравоохранения должны будут реагировать на эти изменения, не замыкаясь в тех структурах, которые существовали тогда, когда картина заболеваемости была совершенно иной.

Д и а г р а м м а 8. Распределение случаев заболевания СПИДом среди совершеннолетних и подростков в Европейском регионе ВОЗ по способу передачи^а и в зависимости от года диагностирования с поправкой на задержки в представлении данных, 1981–1995 годы



^а Число мужчин, заболевших СПИДом в результате гомосексуального/бисексуального контакта и внутривенного введения наркотиков, оказались одинаковым.

ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Картина заболеваемости постоянно изменяется. Десять тысяч лет назад жители первых городов Шумерского государства и долины Инда столкнулись с новыми инфекциями, появившимися в результате расширения контакта с одомашненными животными (43). Деятельность человека

эволюционировала, при этом старые болезни исчезали и появлялись новые. Как упоминалось выше, в настоящее время в странах Европы наблюдается весьма своеобразная картина заболеваемости. Она определяется целым рядом факторов, наиболее важными из которых являются проблема старения населения, изменения в рационе питания и образе жизни, появление новых и возврат старых инфекционных заболеваний, а также последствия экономического спада и увеличения разрыва в доходах, особенно в странах ЦВЕ и ННГ.

Службы здравоохранения регулярно реагируют на новые проблемы. В XIX веке появление новых болезней, связанных с урбанизацией, таких, как холера, тиф и туберкулез, дало толчок к развитию государственных служб здравоохранения и сети здравниц. В более поздний период распространение ВИЧ-инфекции и СПИДа стимулировало развитие деятельности по охране здоровья населения и служб, непосредственно призванных заниматься болезнями, передаваемыми половым путем. Если перечень мер, принимавшихся в ответ на резкие изменения в картине заболеваемости, зачастую был достаточно широким, то их результаты с учетом долгосрочных тенденций оказались не столь удовлетворительными.

Изменяющаяся демография европейского населения представляет собой серьезную проблему для служб здравоохранения (Диаграмма 9). По мере достижения людьми пенсионного возраста их потребности в услугах по линии здравоохранения начинают увеличиваться и особенно резко возрастают после 75 лет. Процент населения, принадлежащего к этим возрастным группам, растет во всех частях Европы, но особенно быстро в южной и западной частях Европы. Это сказывается как на общей потребности в медицинской помощи, так и на структуре заболеваемости, определяющей эту потребность.

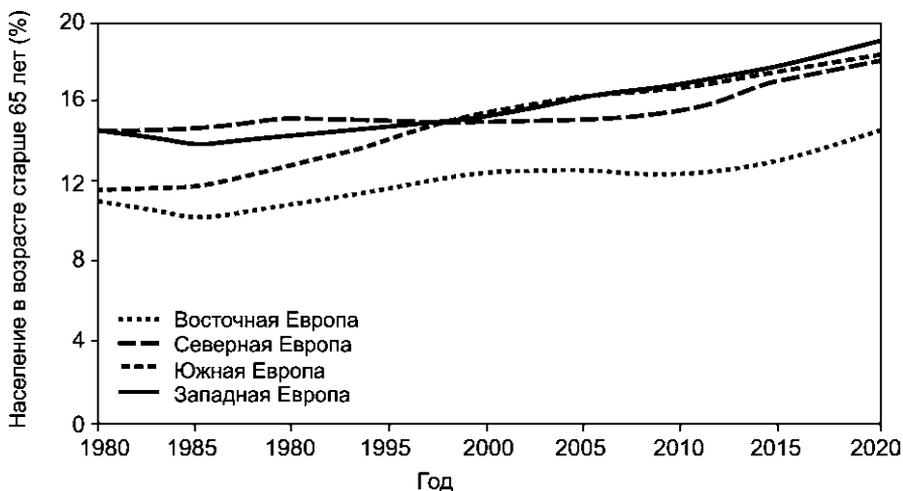
Рост потребности в медицинском обслуживании имеет серьезные последствия в отношении ресурсов отрасли. Во многих странах положение усугубляется снижением коэффициентов рождаемости, в связи с чем количество работников, способных вносить свой вклад в формирование фондов общественного здравоохранения, уменьшается, тогда как потребность в здравоохранении растет, равно как растут другие расходы на социальное обеспечение, например на выплату пенсий. Масштабы этой проблемы варьируются по странам. Некоторые страны, такие, как Соединенное Королевство, испытывают относительно меньшие проблемы, тогда как другие, например Германия, будут вынуждены решать весьма сложные задачи. Спрогнозировать долгосрочные тенденции пока еще трудно, но резкое снижение коэффициентов рождаемости во многих странах ЦВЕ и ННГ также может вызвать серьезную проблему, поскольку численность экономически активного населения, способного содержать растущее число престарелых, будет сокращаться.

Структура заболеваемости будет также меняться. В частности, возрастет число лиц, страдающих от сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний

сосудов головного мозга, рака, слабоумия и переломов, особенно у женщин. Обычное реагирование служб здравоохранения на эти новые явления уже будет недостаточным. По мере развития исследований по проблеме эффективности специализированных программ борьбы с основными причинами болезней службам здравоохранения придется перестраиваться, учитывая, например, необходимость создания региональных служб по лечению рака, специализированных многопрофильных отделений по лечению инсульта (45) и комплексных лечебных центров, включающих отделения ортопедической хирургии, лечения старческих заболеваний и реабилитации пациентов с переломом бедра. Еще одним следствием старения населения является увеличение числа людей, страдающих от многочисленных болезней, в связи с чем они одновременно проходят несколько курсов лечения, которые в принципе могут мешать друг другу. Это ставит перед службами здравоохранения новые проблемы и подчеркивает необходимость отхода от модели медицинского обслуживания, опирающейся на отдельных врачей, и перехода к модели совместной работы медиков различных специальностей.

Изменения в рационе питания и образе жизни также ставят серьезные проблемы перед службами здравоохранения. На протяжении многих лет продолжительность жизни в странах Южной Европы была более высокой,

Д и а г р а м м а 9. Оценки и прогнозы доли населения в возрасте 65 лет и старше в Европейском регионе ВОЗ, 1980–2020 годы^а



^а Демографическая классификация стран Организации Объединенных Наций.

Источник: Организация Объединенных Наций.

чем в других частях региона, и такие различия наблюдались даже внутри тех групп стран, которые во всех других отношениях весьма схожи. Например, продолжительность жизни в Греции и Испании превышала среднюю продолжительность жизни в странах ЕС; в Албании она превышала средний показатель по странам ЦВЕ, а в кавказских республиках — средний показатель по ННГ. В основном считается, что это объясняется различиями в рационе питания (46). Хотя точные механизмы, действующие в этой области, пока еще являются предметом обсуждения, более высокая продолжительность жизни, очевидно, непосредственно связана с высоким уровнем потребления свежих овощей и фруктов (47). К сожалению, положение в тех странах, которые исторически пользовались этим преимуществом, в настоящее время меняется. Распространение характерного для стран Северной Европы рациона питания на такие страны, как Испания, в особенности рост популярности закусок быстрого обслуживания, еда в которых содержит много животных жиров, вероятно, приведет к увеличению числа сердечно-сосудистых заболеваний и появлению других связанных с питанием болезней, например рака груди. Возможно, потребуются произвести переоценку потребности в программах скрининга в южноевропейских странах, где ранее наблюдались низкие уровни заболевания раком груди.

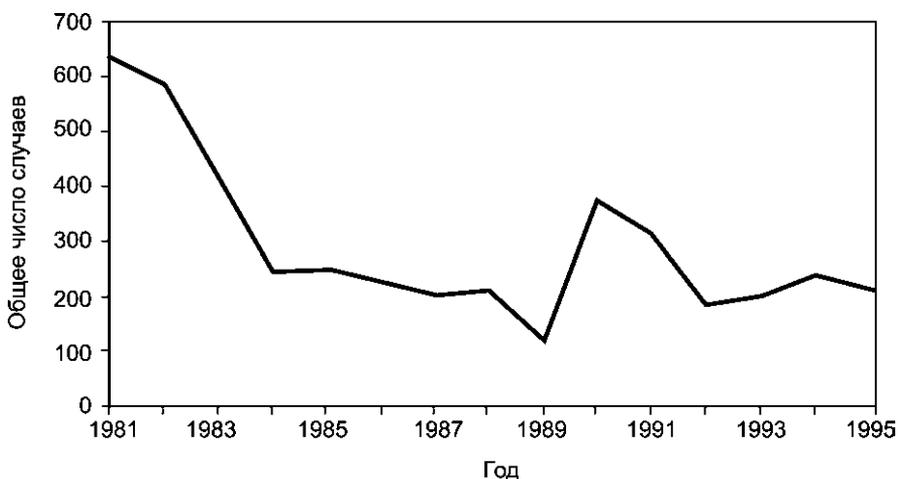
Изменения в образе жизни, в частности рост табакокурения в некоторых частях Европы, также ставят новые проблемы перед службами здравоохранения. Наиболее очевидным результатом является увеличение числа больных раком легких, что ведет к увеличению потребности в лечении раковых заболеваний. При этом рост этой потребности сочетается с распадом традиционных структур семьи и появлением необходимости налаживания паллиативного медицинского обслуживания. Рост числа курящих в тех странах, где к тому же меняется рацион питания, будет стимулировать повышение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. Однако курение имеет много других последствий, включая скрытое воздействие на легочную функцию; это, в свою очередь, ведет к тому, что многие люди начинают хуже переносить общую анестезию и становятся более уязвимыми к легочным инфекциям в послеоперационный период, в связи с чем удлиняется срок пребывания в больнице и возрастают расходы.

Еще одной проблемой является увеличение числа новых и возврат старых инфекций. Некоторых из них, такие, как ВИЧ-инфекция и СПИД, уже привели к переориентации служб здравоохранения в ряде стран. Важно отметить, что последствия появления ВИЧ не ограничиваются сферой лечения заболеваний, передаваемых половым путем, а затрагивают практически все аспекты здравоохранения, включая подходы к борьбе с инфекциями в больницах и проверку крови. Другие последствия менее известны. Распространение в больницах бактерий, стойких к многим антибиотикам, может иметь серьезные последствия для стационарного лечения.

Уже сейчас некоторые пациенты, заразившиеся стойким к метицилину *Staphylococcus aureus* (бактерия, стойкая практически ко всем антибиотикам), рассматриваются в некоторых странах как слишком опасные больные, которых нельзя лечить в больницах, в связи с чем их лечат на дому, а это сопряжено с большими расходами. В некоторых странах отсутствие надлежащей политики в области применения антибиотиков ведет к значительному увеличению числа случаев инфицирования пациентов в больницах, в результате чего увеличивается как срок их стационарного лечения, так и расходы. Опасность заболевания пациентов в больницах некоторыми инфекционными болезнями уже заставляет определенные страны произвести переоценку способов оказания медицинской помощи, что, в частности, ведет к расширению практики лечения отдельных заболеваний за пределами больницы. Усилению этой тенденции способствуют усилия, направленные на ограничение расходов, а также рост числа исследований, подтверждающих, что многие виды лечения за пределами больницы не менее эффективны, чем лечение в стационаре.

Однако тенденция роста инфекционных заболеваний уже затрагивает не только пациентов больниц. Как отмечалось выше, в результате распада системы государственного здравоохранения в ННГ вновь появились такие болезни, как полиомиелит, дифтерия, холера и малярия, что имеет серьезные последствия для здравоохранения и служб первичной медицинской помощи (ПМСП) (Диаграммы 10 и 11). Во всей Европе

Д и а г р а м м а 10. Общее число случаев полиомиелита в Европейском регионе ВОЗ, 1981–1995 годы

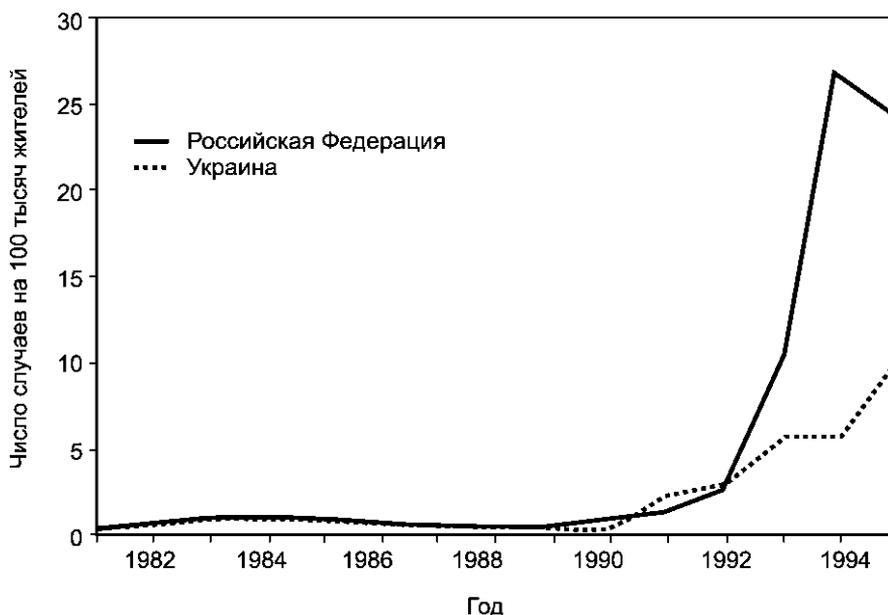


Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

наблюдается рост заболеваемости туберкулезом — болезнь, которая, как многие думали, практически исчезла. Особую озабоченность вызывает появление варианта, устойчивого к большинству обычных лекарственных средств, в связи с чем требуются новые подходы, такие, как контроль за назначением медикаментозного лечения и назначение дорогостоящих лекарственных средств нового поколения.

В предыдущих пунктах приводятся некоторые примеры изменений в структуре заболеваемости, на которые приходится соответствующим образом реагировать системам здравоохранения европейских стран. Эти изменения повлияют на способность стран поддерживать нынешние уровни обеспечения медицинских услуг, а также на то, каким образом такие услуги будут оказываться. Часто случается так, что конкретные проблемы усугубляются в результате взаимодействия различных факторов. В качестве примера можно сослаться на вероятность роста потребности в лечении инсультов частично по причине старения населения, а в некоторых странах также по причине изменения рациона питания, в частности сокращения потребления свежих фруктов и овощей, которое, по общему признанию, существенно повышает защитные функции организма. Эта

Д и а г р а м м а 11. Заболеваемость дифтерией в Российской Федерации, 1980–1995 годы, и на Украине, 1989–1995 годы



Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

потребность станет еще более острой, особенно в южной части Европы, вследствие распада структуры расширенной семьи.

Эти меняющиеся условия имеют значительные последствия для реформы здравоохранения. Действующие во многих странах структуры и стимулы основываются на структуре заболеваемости предыдущего периода, которая утрачивает свою актуальность. Это неразрывно связано с развитием исследований по проблеме эффективности лечения конкретных заболеваний. Оба эти фактора означают, что традиционное стационарное лечение, при котором режимы лечения основывались на узкой медицинской модели, а в общих палатах лечились пациенты с самыми различными заболеваниями, более не соответствует предъявляемым требованиям. Новые структуры и наборы стимулов должны отражать современные требования к поставщикам медицинских услуг, а не усиливать устаревшие модели медицинского обслуживания. Это, в свою очередь, подчеркивает крайне важное значение учета лицами, обсуждающими вопросы проведения реформы в секторе здравоохранения, данных о тенденциях и динамике заболеваемости и их последствиях для служб здравоохранения, для чего должны использоваться подходы, упомянутые выше в разделе, посвященном проблемам здравоохранения (с. 23–40).

И наконец, включение меняющейся картины заболеваемости в число обсуждаемых вопросов имеет целый ряд дополнительных последствий для тех, кто занимается реформой здравоохранения. Ясно, что многие заболевания, которые особенно осложняют проблему плохого состояния здоровья населения в последующие десятилетия, вызываются факторами, выходящими за пределы сектора здравоохранения. Чтобы стратегии ограничения расходов были максимально эффективными, они должны решать проблемы спроса с учетом как числа лиц, нуждающихся в медицинской помощи, так и способности системы здравоохранения обеспечить их быструю реинтеграцию в общество.

Для этого необходимо, чтобы реформированные системы здравоохранения содержали значительный компонент государственного здравоохранения, способный анализировать тенденции в области заболеваемости, определять их причины, предлагать и контролировать осуществление эффективных мер по улучшению положения. Для этого, очевидно, потребуются скоординированные действия, включая разработку политики в области государственного здравоохранения, профилактические мероприятия, укрепление системы ПМСП и переориентацию больничных услуг. Потребуется подготовленные кадры, разбирающиеся в эпидемиологии и владеющие методикой оценки параметров здравоохранения и подходами к решению проблемы меняющегося профессионального поведения. Без межсекторального механизма действий, способного принимать меры для устранения факторов ухудшения состояния здоровья населения, рост заболеваемости будет подрывать усилия, направленные на достижение других целей правительства, например, таких, как экономический рост.

ФАКТОРЫ РОСТА РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Статистические данные указывают на ряд общих тенденций расходов на здравоохранение как в западной, так и восточной частях региона. Для того чтобы отразить основные исторические и экономические различия между этими двумя частями, каждая из них должна рассматриваться отдельно.

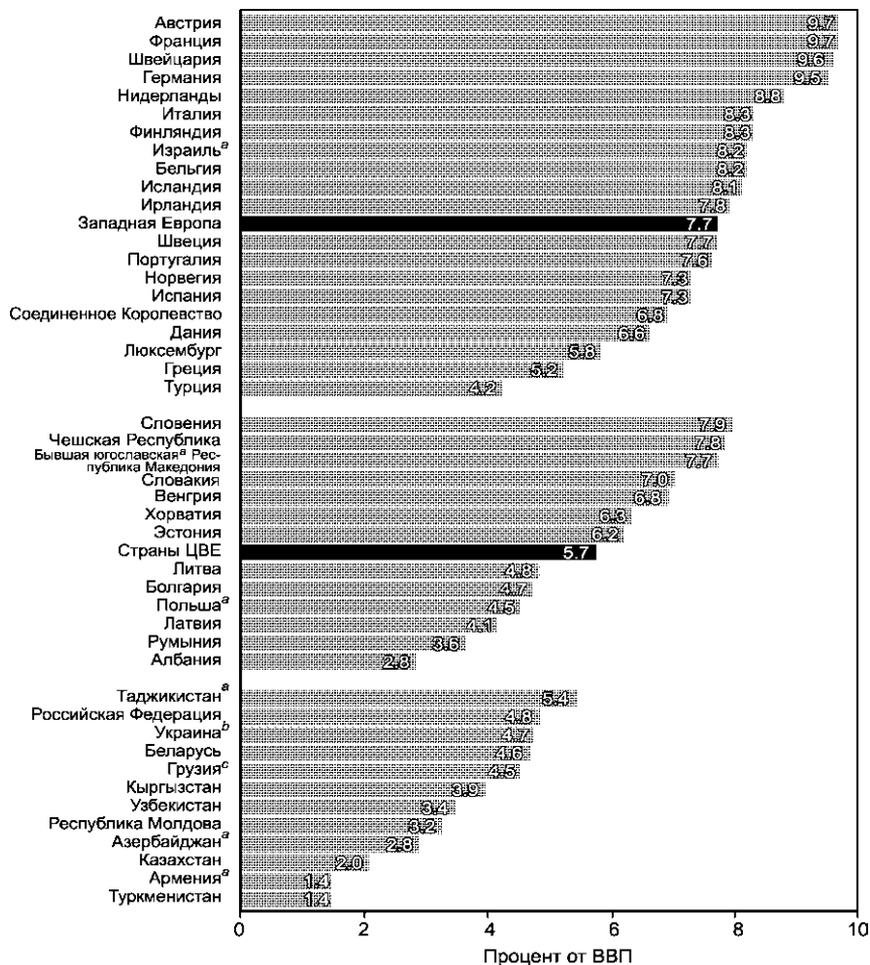
Размеры, масштабы и содержание сложившегося уровня расходов на здравоохранение в Европе могут носить противоречивый характер. Различные группы лиц, формирующих национальную политику, в частности должностные лица министерств здравоохранения и финансов, склонны по-разному истолковывать одни и те же цифры. Как правило, эти различные толкования отражают цели национальной политики, которым, по мнению этих двух министерств, должен быть отдан приоритет. Кроме того, можно привести множество различных статистических данных, которые не всегда четко указывают на единую тенденцию. Что касается процента ВВП, расходуемого на здравоохранение, то в результате сокращения общего ВВП в период спада 1990–1993 годов в Западной Европе может сложиться впечатление, что расходы на здравоохранение увеличились. В странах ЦВЕ и СНГ статистика расходов не включает неформальные и/или неучитываемые затраты на медицинские услуги или лекарственные средства. Кроме того, современные тенденции не отражают потенциального воздействия в будущем такого фактора, как старение населения, в результате чего возрастет спрос на услуги и новые медицинские технологии. Таким образом, имеющиеся статистические данные о совокупных расходах на здравоохранение могут использоваться лишь как один из элементов более фундаментального обсуждения в каждой стране ценностей и функций, на которые должна ориентироваться национальная система здравоохранения.

В различных странах используются неодинаковые методики расчета затрат на здравоохранение. Эти различия часто приводят к большому разбросу в показателях затрат и представляют собой главное препятствие при сравнении их уровней. По мере возможности использовались источники, применяющие одинаковую методологию расчета расходов в различных странах. В диаграмме 12, относящейся к странам Западной Европы и большинству стран ЦВЕ, используются данные ОЭСР и Всемирного банка соответственно. Данные о расходах на здравоохранение по СНГ и странам ЦВЕ, полученные из других источников, характеризуются меньшей степенью сопоставимости.

Расходы на здравоохранение в Западной Европе

В 1994 году наибольшие средства, с точки зрения паритета покупательной способности по отношению к доллару США (ППС по отношению к доллару США) на душу населения, выделяла на здравоохранение

Д и а г р а м м а 12. Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в Европейском регионе ВОЗ, 1994 год



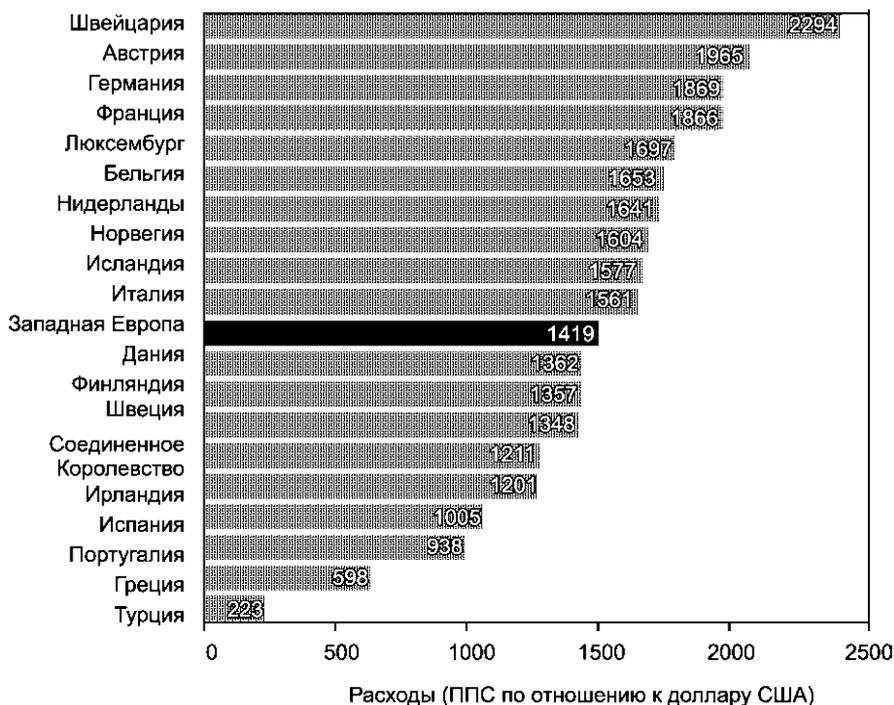
^a 1993 год; ^b 1995 год; ^c 1991 год.

Источники: Западная Европа — OECD (48) за исключением Израиля (база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ); Страны ЦВЕ: Всемирный банк (52) за исключением Хорватии (Институт страхования здоровья), Эстонии (Программа развития Организации Объединенных Наций (53)) и Латвии (министерство здравоохранения); СНГ: министерства здравоохранения за исключением Армении и Беларуси (Программа развития Организации Объединенных Наций (53)), Грузии (база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ). Кыргызстана (министерство финансов), Таджикистана (Государственный комитет по статистике и экономическому положению) и Российской Федерации (институт Медсоцэконинформ).

Швейцария (2294 долл. США), что приблизительно в четыре раза превышает расходы на эти цели Греции (598 долл. США) и в десять раз расходы Турции (223 долл. США). Австрия, Франция и Германия расходовали в пределах от 1800 до 2000 долл. США на душу населения, что приблизительно составляет одну треть от среднего показателя по странам Западной Европы — 1419 долл. США (Диаграмма 13).

Если представить расходы в виде процента ВВП, то также станут очевидными большие различия между странами. В 1994 году Австрия и Франция расходовали на здравоохранение больше, чем какая-либо другая страна — 9,7% ВВП, и за ними следовали Швейцария, Германия, Нидерланды, Италия, Финляндия, Израиль, Бельгия, Исландия и Ирландия, уровень расходов в которых превышал средний показатель по Западной Европе, равный 7,7%. В нижней части этого списка находятся Турция и Греция, которые расходовали на здравоохранение соответственно 4,2 и 5,2% ВВП. Различия в уровне расходов частично объясняются

Д и а г р а м м а 13. Расходы на здравоохранение на душу населения с учетом ППС по отношению к доллару США в Западной Европе, 1994 год



Источники: OECD (48); база данных «Здоровье для всех»; Европейское региональное бюро ВОЗ.

уровнями национального дохода, но такие относительно богатые страны, как Дания, Люксембург и Соединенное Королевство расходовали на здравоохранение меньшую долю ВВП, чем бедные страны, в частности Португалия (см. Диаграмму 12).

Что касается совокупных показателей расходов на здравоохранение, то общие тенденции в Западной Европе можно подразделить на три конкретных периода. Первый период приходится на 60–70-е годы, когда расходы на здравоохранение увеличивались относительно быстрыми темпами как в абсолютном выражении, так и по отношению к росту ВВП (49). Второй период приходится на 80-е годы, когда уровень расходов на здравоохранение в большинстве стран был в целом стабильным (50, 51). Эта стабильность отражала принятие правительствами макроэкономических мер по ограничению расходов в связи с экономическими последствиями нефтяных кризисов 1973 и 1978 годов и последующей «стагфляцией» в начале 80-х годов. В большинстве стран эта общая макроэкономическая стабильность наблюдалась до начала 90-х годов (см. таблицу 3).

Третий период начался в 1991 году резким спадом во всей Европе и небольшим ростом совокупных расходов. Стоимость лекарственных средств была одним из факторов, способствовавших такому росту. Это, в свою очередь, привело к принятию в последнее время решительных мер по ограничению роста расходов.

В ряде стран рост расходов был больше статистическим, чем реальным явлением — в силу сокращения ВВП, то есть уменьшения знаменателя пропорции, отражающей процент ВВП, расходуемый на здравоохранение. В этом смысле особенно показателен пример Финляндии: совокупные расходы на здравоохранение в этой стране возросли с 7,4% в 1989 году до 9,3% в 1992 году в основном в результате сокращения на 16% общего ВВП за эти три года. Приведенные данные свидетельствуют о не совсем понятных процессах в Германии (в результате присоединения к Федеративной Республике Германии Германской Демократической Республики с ее значительно менее дорогой системой здравоохранения) и в Соединенном Королевстве (реформа 1991 года сопровождалась существенным ростом расходов) (54), а также отражают предпринятые социалистическим правительством Испании усилия по расширению доступа к системе здравоохранения.

Следует также отметить, что в некоторых странах расходы на здравоохранение существенно сократились в первой половине 90-х годов как в реальном выражении, так и в процентах к ВВП. В Швеции в результате урезания ассигнований из государственного бюджета, введения конкуренции между государственными поставщиками услуг и вывода из сектора здравоохранения в 1992 году деятельности по уходу за престарелыми по месту жительства общие расходы на здравоохранение уменьшились на 1,2% ВВП — с 8,6% в 1990 году до 7,7% в 1995 году (Berleen, G., personal communication, 1996). Аналогичное сокращение расходов происходит за пределами европейского региона в еще одной стране, выделявшей крупные средства на

здравоохранение (Канада), где расходы на здравоохранение сократились с рекордного уровня в 10,3% ВВП в 1993 году до 9,7% в 1994 году и менее 9,5% в 1995 году (Fedyk, F., personal communication, 1996).

В большинстве западноевропейских стран важнейшим источником средств, предназначенных для финансирования системы здравоохранения, по-прежнему является государственный бюджет. В 1993 году государственные ассигнования составляли в среднем три четверти общих расходов на здравоохранение. Эта пропорция еще выше в Норвегии (93,3%),

Т а б л и ц а 3. Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах Западной Европы, 1970–1995 годы

| Страна | Год | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------|
| | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
| Австрия | 5,4 | 7,3 | 7,9 | 8,1 | 8,4 | 8,5 | 8,9 | 9,4 | 9,7 | 9,6 |
| Бельгия | 4,1 | 5,9 | 6,6 | 7,4 | 7,6 | 8,0 | 8,1 | 8,3 | 8,2 | 8,0 |
| Дания | 6,1 | 6,5 | 6,8 | 6,3 | 6,5 | 6,6 | 6,7 | 6,8 | 6,6 | 6,5 |
| Финляндия | 5,7 | 6,4 | 6,5 | 7,3 | 8,0 | 9,1 | 9,3 | 8,8 | 8,3 | 8,2 |
| Франция | 5,8 | 7,0 | 7,6 | 8,5 | 8,9 | 9,1 | 9,4 | 9,8 | 9,7 | 9,9 |
| Германия | 5,9 | 8,1 | 8,4 | 8,7 | 8,3 | 9,0 | 9,3 | 9,3 | 9,5 | 9,5 |
| Греция | 3,4 | 3,4 | 3,6 | 4,1 | 4,3 | 4,3 | 4,5 | 4,6 | 5,2 | – ^a |
| Исландия | 5,0 | 5,8 | 6,2 | 7,3 | 7,9 | 8,1 | 8,2 | 8,3 | 8,1 | 8,1 |
| Ирландия | 5,3 | 7,6 | 8,7 | 7,8 | 6,7 | 7,0 | 7,3 | 7,4 | 7,9 | – |
| Италия | 5,1 | 6,2 | 6,9 | 7,0 | 8,1 | 8,4 | 8,5 | 8,6 | 8,3 | 7,7 |
| Люксембург | 3,7 | 5,1 | 6,2 | 6,1 | 6,2 | 6,2 | 6,3 | 6,2 | 5,8 | – |
| Нидерланды | 5,9 | 7,5 | 7,9 | 7,9 | 8,4 | 8,6 | 8,8 | 9,0 | 8,8 | 8,8 |
| Норвегия | 4,6 | 6,1 | 6,1 | 5,9 | 6,9 | 7,2 | 7,4 | 7,3 | 7,3 | – |
| Португалия | 2,8 | 5,6 | 5,8 | 6,3 | 6,6 | 7,1 | 7,2 | 7,4 | 7,6 | – |
| Испания | 3,7 | 4,9 | 5,7 | 5,7 | 6,9 | 7,1 | 7,2 | 7,3 | 7,3 | 7,6 |
| Швеция | 7,1 | 7,9 | 9,4 | 8,9 | 8,6 | 8,4 | 7,6 | 7,6 | 7,7 | 7,7 |
| Швейцария | 5,2 | 7,0 | 7,3 | 8,1 | 8,4 | 9,0 | 9,4 | 9,5 | 9,6 | – |
| Турция | 2,4 | 2,7 | 3,3 | 2,2 | 2,9 | 3,4 | 2,9 | 2,6 | 4,2 | – |
| Соединенное Королевство | 4,5 | 5,5 | 5,6 | 5,9 | 6,0 | 6,5 | 7,0 | 6,9 | 6,9 | 6,9 |

^a Данные отсутствуют.

Источник: Данные OECD (48)

за которой идут Люксембург, Бельгия, Исландия, Соединенное Королевство и Дания, где более 80% общих расходов на здравоохранение покрываются за счет государственных источников финансирования. Наименьшей доля государственных расходов была в Португалии — 55,5%.

Между странами наблюдаются существенные различия по объему средств, выделяемых на стационарную помощь, амбулаторное лечение и лекарственные средства. Некоторые из этих различий можно объяснить действующими организационными и финансовыми механизмами. Если взять страны, по которым имеются соответствующие данные, то в Люксембурге в 1993 году на амбулаторное лечение расходовалась почти половина средств здравоохранения, в Бельгии, Дании, Швейцарии и Финляндии — более 30%, при этом в Испании этот показатель составлял менее 15%. В 80-е годы он существенно увеличился в Дании.

На оплату труда работников здравоохранения в период 1987–1994 годов приходилось от 40 до 57% общих расходов на здравоохранение в Дании, Финляндии, Греции, Нидерландах, Испании, Швеции и Соединенном Королевстве. Метод оплаты услуг врачей имеет большое значение для определения того, ложится ли дополнительная нагрузка на бюджеты здравоохранения (например, плата за отдельные услуги в отличие от платы за количество обслуженных пациентов), но число врачей на рынке медицинских услуг имеет еще большее значение. Заработная плата врачей и общая занятость в секторе здравоохранения увеличиваются, но доля заработной платы в процентах от общих расходов на здравоохранение в период 1987–1994 годов оставалась неизменной или уменьшалась, тогда как доля других компонентов (в частности, лекарственных средств и медицинской техники) увеличивалась.

Расходы на лекарственные средства являются наиболее динамичным компонентом расходов на здравоохранение: темпы их роста в большинстве стран превышают как темпы роста ВВП, так и темпы роста общих расходов на здравоохранение. Наибольшие средства расходуются на лекарственные средства во Франции и Германии; в Германии они составляют 17% от общих расходов на здравоохранение. Правительства пытаются сдержать рост расходов на лекарственные средства, используя разнообразные механизмы: контроль цен, системы эталонных цен, позитивные и негативные перечни, участие пациентов в расходах, назначение лекарственных средств-дженериков, исключение из списков определенных продуктов и контроль за прибылями фармацевтических предприятий. Эти стратегии более подробно рассматриваются в главе 5.

Динамика расходов в странах ЦВЕ

В 1994 году доля ВВП, выделяемая на здравоохранение в странах ЦВЕ, колебалась от 2,8% в Албании до 7,2% в Словении (Диаграмма 12). Хотя эти показатели в среднем ниже аналогичных показателей в странах

Западной Европы, страны ЦВЕ расходуют большую долю своего национального дохода на здравоохранение, чем это можно было бы предположить, учитывая уровень их доходов. В период перехода к открытой экономике эта доля увеличилась. Несмотря на резкое сокращение (или в лучшем случае умеренное расширение) реального роста ВВП в период 1987–1994 годов, реальные расходы на здравоохранение либо возростали быстрее, либо сокращались медленнее, чем ВВП.

С учетом динамики расходов можно выделить две группы стран ЦВЕ. Страны с наибольшей долей ВВП, выделяемой на здравоохранение (6–8%), — это те страны, в которых раньше существовала или была недавно введена национальная система медицинского страхования, финансируемая за счет налогов на заработную плату. К таким странам относятся, в частности, Хорватия, Словения и бывшая югославская Республика Македония, а также Чешская Республика, Венгрия и Словакия. В этих странах переход к национальной системе медицинского страхования привел к существенному и устойчивому росту (2,0–2,5%) доли ВВП, выделяемой на здравоохранение, и увеличению — в большинстве из этих стран — реальных государственных расходов на здравоохранение. Во вторую группу стран ЦВЕ входят, например, такие страны, как Албания, Болгария, Латвия, Литва, Польша и Румыния, в которых финансирование системы здравоохранения в основном зависит от общих поступлений в бюджет и которые расходуют на здравоохранение от 3 до 5% ВВП. В ряде случаев эта доля увеличилась в период 1989–1994 годов, однако не отмечалось заметного роста расходов, как в соседних странах, где была введена система медицинского страхования. Разумеется, эти статистические данные не учитывают неофициальные выплаты больницам и врачам или приобретение лекарственных средств за наличные.

Вопреки ожиданиям, переход на национальное медицинское страхование не привел к сужению доходной базы здравоохранения. Страховые взносы не заменили собой бюджетные поступления, а напротив, дополнили их, увеличив тем самым общий объем государственных средств, выделяемых на здравоохранение. Однако частично это увеличение, возможно, отражает преобразование прежних неофициальных выплат в официальные. При действующих ставках взносов, уровне официальной занятости в секторе здравоохранения, всеобщем охвате и широком наборе обеспечиваемых медицинских услуг страховые фонды во многих странах столкнулись в настоящее время со структурным дефицитом, требующим дополнительных затрат. Таким образом, для поддержания расходов на здравоохранение на желаемых уровнях требуется выделять субсидии из государственного бюджета.

Это реальное увеличение расходов на здравоохранение было частично запланированным. Например, директивные органы решили повысить доходы врачей в рамках более широкой тенденции к увеличению доходов лиц, получивших более высокое образование. Так было в Венгрии,

которая в дополнение к существующим окладам установила подушные выплаты для звена ПМСП. Быстрый рост доли ВВП, расходуемой на здравоохранение, отражает также недостаточное внимание, уделяемое структуре финансовых стимулов для поставщиков медицинских услуг и пациентов. Это стало очевидным в ходе финансовых кризисов, последовавших за резким ростом стоимости медицинского страхования в Чешской Республике, Венгрии и Словакии. В процессе быстрого введения «западной» системы медицинского страхования недостаточно внимания было уделено вопросам установления пределов покрытия рисков базовым страхованием, актуального определения ставок страховых взносов и создания механизмов оплаты, стимулирующих повышение эффективности и снижение расходов.

В тех странах ЦВЕ, в которых наблюдался резкий спад экономической деятельности, примерно в такой же степени сократились объемы реальных государственных расходов на здравоохранение. Однако после возобновления экономического роста государственные расходы на здравоохранение, как правило, возрастали до уровней, предшествовавших стадии перехода, даже несмотря на то, что полное восстановление экономической деятельности достигнуто не было. Это явление получило название «80-процентной нормы» и касалось Болгарии, Румынии и Словакии. Во всех этих странах произошло пропорциональное сокращение реальных расходов на здравоохранение в период 1990–1993 годов. В 1994 году ВВП вновь достиг приблизительно 80% от уровня 1990 года, тогда как расходы на здравоохранение увеличились до предыдущего уровня. Это свидетельствует о том, что правительства испытывают политическое давление, которое заставляет их доводить расходы на здравоохранение до прежнего уровня по мере восстановления экономики. Такое давление отражает стремление общественности к сохранению всеобщего доступа к медицинской помощи и всеобъемлющего охвата, а также желание поднять уровень здравоохранения до западноевропейских стандартов.

Расходы на медицинский персонал (оплата труда. — *Прим. ред.*) защищены от сокращений, связанных с общим урезанием расходов. Динамика реальных расходов на персонал соответствовала общей тенденции, характерной для государственных расходов на здравоохранение. Страны, сохранившие или увеличившие общие расходы на здравоохранение, сохраняли или увеличивали также расходы на персонал. Например, в Венгрии реальные государственные расходы на персонал системы здравоохранения увеличились почти на 20% после введения медицинского страхования, а это означает, что одна из конкретных целей страхования — увеличение доходов врачей — была достигнута. Однако в тех странах, где произошло сокращение реальных государственных расходов на здравоохранение, расходы на медицинский персонал сократились в такой же степени или даже больше. Например, в Албании, Хорватии и Литве государственные расходы на персонал системы здравоохранения

уменьшились на 60–70% в реальном выражении в период 1990–1994 годов. В некоторых странах целые группы медработников, в частности фармацевты и стоматологи, перешли в частный сектор, что привело к некоторому сокращению государственных расходов, но в большинстве стран основная часть медицинского персонала осталась в государственном секторе. Это означает, что перестройка в здравоохранении, как и в других отраслях государственного сектора, происходила скорее за счет снижения реальной заработной платы, нежели за счет массового сокращения персонала. Как и на других предприятиях, сохранение низкооплачиваемых работников при недостаточных оборотных средствах — в данном случае речь идет о лекарствах, медицинских средствах, оборудовании и т.д. — ведет к низкой производительности и заинтересованности, что в свою очередь предопределяет неэффективность или низкое качество услуг. Во многих странах врачи государственного сектора занимаются неофициальной подработкой, однако надежные данные о масштабах такой деятельности либо являются недостаточными, либо вовсе отсутствуют; согласно оценкам, в ряде стран такой приработок составляет как минимум 30% от официальной заработной платы.

Расходы на фармацевтические препараты, выраженные в виде доли от текущих государственных расходов на здравоохранение, колеблются от менее 10% в бывшей югославской Республике Македонии до более 40% в Чешской Республике и Румынии. Степень изменения относительной доли в период перехода к рыночной экономике также варьировалась в зависимости от страны: в Польше и бывшей югославской Республике Македонии она уменьшилась, в Албании и Хорватии — увеличилась, а в Болгарии, Венгрии и Румынии — оставалась стабильной. При использовании дефляторов ВВП можно получить показатели, которые свидетельствуют о сокращении государственных расходов на лекарственные средства в период 1990–1994 годов в большинстве из тех стран, в которых наблюдался спад экономики, за исключением Хорватии. Расходы на лекарственные средства оставались относительно стабильными в Венгрии и Румынии, но резко увеличились в Болгарии и Хорватии. Такие колебания можно объяснить сочетанием ряда факторов, которые в различной степени применимы к этим странам: изменения в относительных ценах на лекарственные средства, связанные с различными степенями либерализации экономики и опоры на импорт, использование иностранной помощи в приобретении вакцин и лекарственных средств и запланированный или незапланированный перенос издержек в частный сектор. Эти вопросы подробно рассматриваются в главе 5.

В переходный период все страны ЦВЕ резко сократили капитальные затраты. В конце 80-х годов капиталовложения, выраженные в виде доли от общих государственных расходов на здравоохранение, колебались в пределах от 4% до 15% в рассматриваемых странах. В некоторых странах, включая Албанию и Польшу, капитальные затраты сокращались в

реальном выражении на протяжении 80-х годов и в начале 90-х годов. Неудивительно, что реальные расходы на государственные капиталовложения сократились в наименьшей степени в тех странах, в которых экономические проблемы были наименее острыми, в частности в Чешской Республике и Венгрии, и в наибольшей степени в странах бывшей Югославии, что объясняется региональным конфликтом. Это общее снижение объема реальных капиталовложений являлось результатом финансовых кризисов, которые подрывали базу расходов на основные виды медицинских услуг. Представляется, что в 1994 году объем капиталовложений в систему здравоохранения в ряде стран стал возрастать. Однако в среднесрочном плане этим странам придется вкладывать крупные средства в замену и модернизацию оборудования и зданий, которые в основном устарели или находятся в конце срока эксплуатации.

Страны ЦВЕ пошли по пути сохранения систем здравоохранения, финансируемых в основном из государственных фондов; никаких сдвигов в направлении крупномасштабного частного финансирования не произошло. Эти страны скорее избрали путь тех западноевропейских стран, в которых, как отмечалось выше, за счет государственного финансирования покрывается в среднем три четверти общих расходов. Данных о частных расходах на здравоохранение в странах ЦВЕ недостаточно, однако экстраполяция данных, полученных в ходе недавно проведенных обследований домашних хозяйств, указывает на то, что доля расходов населения колеблется в пределах от 2% до 30% от общих расходов. В данном случае речь идет в основном о покупке лекарственных средств на частном фармацевтическом рынке. Все большее число стран вводят или намереваются ввести в ближайшем будущем механизмы совместного покрытия расходов (соплатежей населения. — *Прим. ред.*), но поступления из этого источника обычно составляют менее 5% общих расходов на здравоохранение.

Динамика расходов в странах СНГ

Уровни расходов в странах СНГ за различные годы показаны в диаграмме 12. Объем сопоставимых данных о различных компонентах расходов на здравоохранение и тенденциях, действующих в переходный период, весьма невелик. Как представляется, произошло резкое сокращение государственных расходов на здравоохранение, однако, как в реальном выражении, так и в виде доли от ВВП, это сокращение соответствует масштабам общего распада государственного аппарата.

ПРОБЛЕМЫ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Помимо проблем здоровья и сектора здравоохранения, а также сокращения расходов на здравоохранение существует целый ряд структурных

и организационных проблем, влияющих на то, как страны региона финансируют здравоохранение и обеспечивают медицинское обслуживание населения.

Ограничения на прирост показателей здоровья

Как явствует из вышеприведенного анализа состояния здоровья населения, существующие системы финансирования и медицинского обслуживания не обеспечивают максимальной отдачи в плане улучшения состояния здоровья населения. Многие директивные органы считают, что необходимо перенести упор в области финансирования с лечебной на профилактическую деятельность, а также со вторичной и третичной на первичную медицинскую помощь, но им, очевидно, мешают существующие схемы распределения властных полномочий и ресурсов. Во многих странах по-прежнему недостаточны масштабы сотрудничества между сектором здравоохранения и жилищным сектором, сектором сельского хозяйства, сектором питания, сектором подготовки кадров и другими ключевыми секторами, влияющими на здоровье населения. В Западной Европе не обеспечивается должным образом взаимосвязь между деятельностью больниц и учреждений ПМСП, а также между учреждениями, предоставляющими медицинское и социальное обслуживание. В странах ЦВЕ и СНГ сформировались слишком громоздкие системы стационарного лечения, которые потребляют слишком высокий процент выделяемых финансовых средств. При этом низкий уровень компетентности и раздутые штаты мешают профилактической деятельности санитарно-эпидемиологических служб.

Рост неравенства в области здравоохранения

Если раньше первоочередное внимание во многих странах уделялось проблеме неравенства в области здравоохранения — с точки зрения доступности необходимого высококачественного медицинского обслуживания, то теперь на передний план вышла проблема сдерживания роста расходов. Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что неравенство увеличивается даже в тех странах, где формально структуры системы здравоохранения обеспечивают всеобщий доступ к медицинским услугам. По мнению специалистов, рост такого неравенства по крайней мере частично объясняется проведением ориентированных на рынок конкурентных реформ (55–57). Вместе с тем недавно было опубликовано основанное на международных данных исследование, из которого вытекает, что ключевыми факторами неравенства в области здравоохранения, возможно, являются неравенство в области распределения дохода, структура организационной иерархии на рабочих местах и степень автономии труда (34).

В странах ЦВЕ и СНГ резкое сокращение бюджетов государственного здравоохранения в реальном выражении, высокая стоимость частного страхования для престарелых и бедных слоев населения и появление в больницах и лечебных центрах такого явления, как открытая плата за услуги, привели к тому, что миллионы граждан лишились доступа к системе медицинского обслуживания. Многие страны, создавшие механизмы социального страхования, не смогли обеспечить доступ к ним для своих менее зажиточных граждан. Особенно плохим с этой точки зрения является положение в Грузии, где лишь 10–15% необходимого медицинского обслуживания финансируется через национальный механизм медицинского страхования, тогда как за большинство других медицинских услуг граждане должны платить сами, если располагают достаточными средствами.

Недостаточная эффективность затрат (эффективность распределения средств)

Во многих исследовательских работах рассматриваются вопросы целесообразности и/или рентабельности различных клинических процедур. Хотя клиницисты давно отмечают, что 20–30% всех оказываемых клинических услуг являются неэффективными с медицинской точки зрения, достижения в области оценки технологий и экономических оценок позволили сделать первые шаги в определении того, какие именно услуги должны быть ограничены.

Помимо вопроса об эффективности клинических услуг можно поставить вопрос об общей целесообразности повышения расходов на здравоохранение в западноевропейских странах, которые уже и так расходуют на здравоохранение 7–10% своего ВВП. Эти вопросы, связанные с эффективностью альтернативных инвестиций и социальной полезностью затрат, представляются еще более сложными на фоне изменения совокупных параметров в результате увеличения числа престарелых и макроэкономических изменений. Правительства нескольких стран Северной Европы распорядились о подготовке докладов, в которых рассматривались бы дилеммы, связанные с определением пропорций клинических и/или профилактических услуг и возможным установлением четких приоритетов в этой области (58).

Неэффективное функционирование системы здравоохранения (техническая эффективность)

Лица, формирующие политику в области здравоохранения в странах как Западной, так и Восточной Европы, по различным причинам высказывают мнения о неэффективности функционирования национальных систем здравоохранения на микроучрежденческом уровне. В предыдущий период проблемы оптимизации расходов в странах Западной Европы

концентрировались на общесистемном уровне, при этом функционированию учреждений на микроуровне уделялось недостаточное внимание. Отмечались такие проблемы, как плохая координация усилий отдельных учреждений и секторов здравоохранения, нехватка адекватной информации о стоимости и качестве услуг, неудовлетворительное управление капиталными ресурсами и недостаточное и/или неудовлетворительное управление текущими средствами на микроуровне. Специалисты считают, что все эти факторы привели к созданию более дорогостоящих систем медицинского обслуживания, которые менее способны обеспечивать уход и лечение соответствующего качества. В странах ЦВЕ и СНГ в дополнение к аналогичным проблемам, связанным с эффективностью на учрежденческом уровне, существует серьезная проблема нелегальных выплат поставщикам медицинских услуг, которая искажает картину медицинского обслуживания. Среди других дилемм можно отметить такие, как слишком низкая официальная заработная плата поставщиков медицинских услуг, не стимулирующая их эффективной работы; крайне неадекватное обеспечение медицинскими средствами и материалами разового пользования, лекарственными средствами и основным оборудованием и минимальное техническое обслуживание существующих зданий и оборудования (28).

Качество обслуживания

Одним из важных результатов переноса акцента на деятельность на микроуровне было повышение внимания к вопросам качества. Исследователи обнаружили существенные различия в использовании отдельных процедур и получаемых результатах. Проведенные в Соединенных Штатах исследования межрайонных различий показали, что решения клиницистов в различных районах в отношении пациентов с одинаковыми показаниями могут различаться на 40% (59). Аспект качества приобретает все большее значение как критерий эффективности использования денежных средств, выражающейся, например, в сокращении числа повторных госпитализаций и снижении больничной инфекции, а также как инструмент повышения уровня конкурентоспособности больниц. В последнее время проблемам качества услуг уделяется большое внимание также в обследованиях степени удовлетворенности пациентов. Страны ЦВЕ и СНГ сталкиваются с особенно острыми проблемами в этой области по причине плохого состояния медицинского оборудования и средств.

Выбор и подотчетность

Пациенты в странах как Восточной, так и Западной Европы становятся все более требовательными. Они больше не желают мириться с положением пассивных объектов системы медицинского обслуживания;

напротив, они все больше настаивают на том, что именно они, а не медицинский персонал или лица, осуществляющие планирование или формирующие политику в области здравоохранения, должны рассматриваться как субъект системы здравоохранения.

Проблема расширения прав и возможностей пациентов имеет несколько аспектов. Во-первых, это право пациентов на медицинское обслуживание. Вторым аспектом является выбор пациентов. В некоторых странах это означает выбор врача или лечебного заведения с целью получения помощи в форме ПМСП или стационарного лечения (6). В некоторых западноевропейских странах и во все большем числе стран ЦВЕ и СНГ этот выбор стал предполагать также выбор структуры частного медицинского страхования. Третья проблема, которая стоит перед системами здравоохранения, связана с участием пациентов в принятии решений по клиническим вопросам. Четвертая проблема, которую приходится решать национальным директивным органам, заключается в более широком использовании поставщиков медицинских услуг частного сектора. В странах ЦВЕ и СНГ проблемы расширения прав и возможностей пациентов сильно довлеют над государственными директивными органами.

2. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РЕФОРМЫ

Реагируя на изменяющиеся условия и проблемы, относящиеся к сектору здравоохранения и к охране здоровья населения, страны выработали ряд стратегий проведения реформ на различных уровнях системы. Рассматривая более подробно эти различные стратегии и механизмы, можно определить ряд основных направлений, влияющих на все уровни системы здравоохранения. Для целей анализа эти стратегии реформирования можно разбить на четыре взаимосвязанных направления, которые наблюдаются во всей Европе по мере того, как лица, формулирующие политику на национальном уровне, принимают меры к достижению своих целей. Этими четырьмя направлениями являются следующие: изменение роли государства и рынка в сфере оказания медицинских услуг; децентрализация и передача полномочий на более низкие уровни государственного сектора или привлечение частного сектора; расширение для пациентов свободы выбора и повышение их возможностей; изменяющаяся роль системы охраны общественного здоровья.

Изменяющаяся роль государства и рынка в сфере здравоохранения

Начиная с конца 80-х годов многие европейские правительства приступили к пересмотру структуры управления своими системами здравоохранения. В странах, где государство традиционно играло центральную роль в секторе здравоохранения сейчас пересматриваются презумпция государственного первенства и, соответственно, ведущая роль государства практически по каждому аспекту деятельности сектора здравоохранения. Лица, формулирующие национальную политику в странах Северной Европы, Средиземноморья и Центральной и Восточной Европы, под влиянием сочетания экономических, социальных, демографических, управленческих, технологических и идеологических факторов приступили к пересмотру существующих властных взаимосвязей и структур. В странах, в которых государство играло не столь значительную роль в секторе здравоохранения, занимаясь в основном установлением основополагающих правил и выполнением роли арбитра между полугосударственными, государственными и/или частными страховыми компаниями и учреждениями здравоохранения, идет аналогичный процесс переоценки, который начался с иной точки отсчета.

Хотя давление в направлении преобразований в различных частях Европы было неодинаковым, в области управления здравоохранением

действуют, по-видимому, параллельные тенденции. Некоторые государственные функции были децентрализованы и переданы региональным и/или муниципальным властям. Другие функции были переданы в частное управление и, особенно в странах ЦВЕ и СНГ, частным собственникам. С другой стороны, в некоторых странах, в которых государство играет менее значительную роль, в различных секторах их систем имел место рост числа регулирующих мер.

Одним из наиболее важных поднятых вопросов был вопрос об ответственности за планирование и распределение ресурсов. В странах Западной Европы разработаны различные схемы структурной организации сферы медицинских услуг, объектов, учреждений и рабочей силы. Комбинация государственных, полугосударственных, контролируемых государством частных некоммерческих и частных коммерческих учреждений в каждой национальной системе здравоохранения отражает историю конкретной страны, ее обычаи и культуру, а также соответствующую расстановку политических и экономических сил. В странах ЦВЕ и СНГ вопросы планирования целиком и полностью находились в ведении государственных органов. В нынешнем десятилетии эти организационные схемы претерпели изменения. В свете новых перспектив, а также новых возможностей существующие организационные схемы подвергаются пересмотру, и обсуждаются, предлагаются и принимаются альтернативные варианты.

Самое значительное давление в направлении преобразований касалось относительной роли частного сектора в оказании и, в некоторых странах, финансировании медицинской помощи. Хотя средства массовой информации и некоторые политики свели этот вопрос до лозунга «государство или рынок», в действительности эти вопросы являются значительно более сложными (60). Не существует ни одной простой рыночной концепции, которую можно было бы принять для использования в системе здравоохранения. На практике рынок включает ряд различных конкретных механизмов, таких, как суверенитет потребителя (право пациента на выбор), договоры, заключаемые в результате переговоров, и открытые торги. Эти механизмы могут действовать на рынках, организуемых согласно различным принципам: ценовой принцип, принцип качества или принцип рыночной доли. В свою очередь, рыночные механизмы могут быть использованы в различных секторах системы здравоохранения: в финансировании здравоохранения, в одной или нескольких подструктурах, занимающихся оказанием медицинских услуг (больницы, дома сестринского ухода, врачи и персонал служб социального обеспечения) и/или в системе распределения средств между разными учреждениями здравоохранения (61). Для того чтобы повлиять на поведение врачей, медсестер, вспомогательного персонала или персонала, предоставляющего помощь на дому, можно использовать стимулы, основанные на принципах конкуренции. Следовательно на практике необходимо принимать не одно, а целый ряд решений. Вместо твердой приверженности

одной из двух теоретических моделей — государственной или рыночной — системы здравоохранения как в западной, так и восточной частях Европы вынуждены решать целый ряд менее крупных вопросов. Процесс принятия решений должен быть не только стратегическим, но и практическим по своему характеру, в результате чего он, как правило, связан с множеством допущений и даже компромиссов.

В некоторых случаях принималось решение объединять элементы обеих моделей — сочетать более широкое использование рыночных стимулов с сохранением за государственным сектором права владения и управления объектами здравоохранения. Этот комбинированный подход известен под различными названиями: внутренний рынок (62), государственная конкуренция (63), рынок учреждений здравоохранения и «квазирынок» (64). Разработка концепции и обеспечение функционирования организованного и управляемого государством рынка сыграли важную роль в реформе здравоохранения в Великобритании, Испании, Италии, Финляндии, Швеции, а также в отдельных странах ЦВЕ и СНГ.

Использование механизмов рыночного типа в секторе здравоохранения связано как с концептуальными, так и практическими проблемами. В концептуальном плане здравоохранение рассматривается многими учеными (за исключением экономистов неоклассической школы) в качестве общественного блага, когда предоставление медицинских услуг каждому человеку имеет важное значение и для общества в целом. В свою очередь, такая позиция в большинстве европейских обществ стала частью традиционного консенсуса относительно важности соблюдения принципа солидарности и всеобщего охвата населения при разработке систем финансирования здравоохранения. С другой стороны, рыночные стимулы по своей природе основаны на допущении, что каждая услуга является товаром, который можно продавать на открытом рынке. Кроме того, неоклассическая концепция рынка требует проведения четкого различия между такими сторонами рынка, как спрос и предложение, т.е. между покупателем и продавцом. Однако современная система здравоохранения предусматривает четырехсторонние взаимоотношения между пациентом, врачом, медицинским учреждением и финансирующей стороной (65). Таким образом, использование рыночных стимулов в здравоохранении в силу необходимости будет сфокусировано на том или ином из этих подрынков и вряд ли будет всесторонним по своему характеру.

Говоря об использовании рыночной теории применительно к здравоохранению, следует также упомянуть еще две дополнительные проблемы. Во-первых, врачи амбулаторного звена предоставляют услуги пациентам и одновременно пользуются услугами персонала больниц, что дополнительно осложняет простые допущения, характерные для рыночных отношений. Во-вторых, хотя, согласно неоклассической экономической теории, перераспределение ресурсов здравоохранения между различными категориями плательщиков и клиентов является неэффективным и

несправедливым, общественная функция ответственной системы здравоохранения предусматривает широкое перераспределение средств: от молодых — к пожилым, от богатых — к бедным и от здоровых — к больным.

Мифические возможности, иногда приписываемые рыночным стратегиям, являются привлекательными, но потенциально обманчивыми. Разработчиков политики зачастую пленяет яркий пример Соединенных Штатов, когда реальной является отдельная рационально действующая личность, а не социально разрушительная иллюзия. Представление о том, что рыночные механизмы всегда обеспечивают лучшие результаты, чем государственное планирование, также может оказаться привлекательным для того, кто не учитывает социальные последствия. Однако сопротивление соблазнам, которые сулят «миф о возможностях индивидуума» и «миф о возможностях рынка» ставят в повестку дня вопрос о надежных альтернативных моделях реформы.

В равной мере обескураживающими являются и практические проблемы, связанные с внедрением механизмов конкуренции в сферу оказания медицинских услуг. Рыночные отношения по самой своей природе функционируют на основе реальных цен. Однако определение реальных (т.е. обоснованных) цен в здравоохранении является чрезвычайно дорогостоящей процедурой.

Роль, которую механизмы рыночного типа могут или должны играть в социально ориентированной системе здравоохранения, остается противоречивой. После публикации результатов первого крупного научного исследования по этому вопросу прошло 15 лет интенсивных дискуссий (66). Оппоненты использования рыночных стимулов выдвинули серьезные аргументы против их принятия. По мнению нескольких высокоавторитетных аналитиков, рыночные механизмы неизбежно приведут к созданию условий, при которых уязвимые группы населения — особенно наименее обеспеченные — не будут иметь равного доступа к качественному медицинскому обслуживанию (55, 57). Была выражена озабоченность по поводу вероятности того, что порождаемый рынком индивидуализм приведет к разрушению коллективной ответственности, на которой основана легитимность концепции государства всеобщего благосостояния (56). Использование рыночных механизмов в финансировании систем здравоохранения, которые заменили бы структуру финансирования из единого или коллективного источника множеством конкурирующих частных страховщиков, было подвергнуто критике как несостоятельное с экономической, медицинской и социальной точек зрения (61, 67). Было также поставлено под сомнение использование рыночных механизмов вместо управления на районном уровне в качестве стратегии для обеспечения социально обоснованной системы предоставления медицинских услуг (68–70).

Две западноевропейские страны, чьи рыночно ориентированные реформы привлекли наибольшее внимание международного сообщества —

Соединенное Королевство и Швеция — в прошлом году отошли от применения конкурентных стимулов в качестве движущей силы реформы в секторе здравоохранения. В Швеции ключевым словом как на уровне страны, так и на уровне общины стало слово «кооперация» и возродился интерес к планированию на базе отдельных общин, а также к национальному регулированию (особенно в том, что касается расходов на фармацевтические препараты). В Соединенном Королевстве нынешний министр здравоохранения взял на себя задачу усилить акцент органов здравоохранения на их традиционные обязанности, и все большее внимание уделяется подходу, предусматривающему заключение долгосрочных контрактов, предусматривающих высокий уровень доверия и кооперации (между финансирующей стороной и поставщиками медицинских услуг. — *Прим. ред.*) (71–73).

Способность конкурентных механизмов повышать эффективность и снижать затраты не только в секторе здравоохранения, но и вообще в сфере общественных расходов, является вопросом, представляющим важность для лиц, формулирующих политику на национальном уровне. Что же касается сектора здравоохранения, то существует серьезная озабоченность по поводу того, что затраты на заключение договоров (затраты на расчет цен, подготовку и согласование контрактов), могут, если их не ограничивать, перевесить реальные выгоды от повышения эффективности. Серьезные вопросы были также подняты относительно дублирования оборудования и дорогостоящих установок, к которому может привести рыночная конкуренция. Еще один вопрос связан с тем, в какой мере общая бюджетная экономия за счет перехода на договорную основу (особенно в том случае, когда прежние государственные службы передаются в частные руки) обеспечивается за счет снижения заработной платы и социальных выплат (в частности пенсий) вспомогательному персоналу, что приводит к снижению материального обеспечения низкооплачиваемой рабочей силы (60).

В рамках происходящих в настоящее время на уровне системы управления широких преобразований министерства также вынуждены заниматься переосмыслением своих собственных задач и функций. Министерства здравоохранения реагировали на давление в направлении проведения реформ различным образом.

Наиболее важный вопрос — первоначально поднятый в странах ЦВЕ и СНГ, а также в Греции, Израиле и Испании — касался целесообразности сохранения за министерствами повседневной ответственности за управление учреждениями по предоставлению медицинских услуг. Это весьма непростой вопрос, поскольку изменения зачастую влияют на статус и положение с занятостью медицинского персонала, работающего в этих учреждениях. Однако подобные изменения являются необходимыми для того, чтобы чиновники смогли уделять внимание более широким вопросам развития национальной стратегии и системы здравоохранения.

С этими вопросами связан и вопрос государственного регулирования. Помимо традиционных командно-контрольных мер, государственное

вмешательство стало включать в себя новые механизмы, ориентированные на рынок и основанные на использовании соответствующих стимулов. Здесь важно отметить, что вклад как регламентирующих мер, так и мер, основанных на механизмах конкуренции, зависит от того, как они оформлены и внедряются. Эффективность регулирующих мер была продемонстрирована в ряде областей — последнее время в области сдерживания расходов на фармацевтические препараты. Однако регулирование является полезным подходом только в тех случаях, когда, во-первых, можно обоснованно предполагать, что оно позволит выполнить поставленную задачу и, во-вторых, когда это может быть сделано без каких-либо серьезных негативных экономических и финансовых последствий для структуры и качества предоставляемых услуг. Для достижения этих целей механизмы регулирования должны быть достаточно гибкими и применяться с учетом множества различий (технического, географического и демографического характера). Такие различия, не выходящие за рамки ограничений, определенных национальными законами, весьма характерны для демократического общества. Особенно важно подчеркнуть, что эффективное регулирование должно быть направлено на мониторинг и оценку конечных результатов, а не на определение объема вкладываемых ресурсов.

Аналогичным образом для достижения желаемой цели должны быть тщательно разработаны меры, основанные на принципах конкуренции. По мнению большинства экономистов, при предоставлении таких общественных благ, как медицинские услуги, нет места для неконтролируемой рыночной деятельности. Именно поэтому использование рыночных механизмов было успешным только тогда, когда оно основывалось на тщательном мониторинге и оценке, а также на четких нормах и стандартах, разработанных для участников рынка. Дело в том, что решение о более широком использовании стимулов в том или ином секторе здравоохранения не означает, что правительственные органы должны прилагать меньше усилий, а лишь то, что эти усилия должны быть иными по своему характеру. Некоторые исследователи сделали вывод о том, что переход от непосредственного управления службами здравоохранения к контролю за процедурой заключения договоров и использованием механизмов рыночного характера требует от правительственных органов не меньшей, а еще большей компетентности (74).

Реорганизация системы здравоохранения: децентрализация, возвращение к централизации и приватизация

Децентрализация — это основной элемент реформирования сектора здравоохранения во многих европейских странах. Она считается эффективным

способом улучшения медицинского обслуживания, обеспечения более оптимального распределения ресурсов с учетом потребностей, вовлечения населения в процесс определения приоритетов, а также уменьшения неравенства в доступе к услугам системы здравоохранения. Быстрое развитие информационных систем способствовало повышению технических возможностей осуществления децентрализации.

Децентрализация является привлекательной потому, что центральная администрация слишком далека от конкретных потребителей медицинских услуг, чтобы принимать необходимые и своевременные меры с учетом их пожеланий и потребностей. Повсеместно приходится сталкиваться с неудовлетворенностью низкой эффективностью крупных и централизованных бюрократических институтов. Практически в каждой стране были отмечены одни и те же недостатки централизованной системы: низкая эффективность, медленные темпы внедрения технологических и иных новшеств, а также замедленная реакция на внешние изменения, влияющие на здоровье населения и службы здравоохранения. Одним из аспектов, вызывающих озабоченность, является также восприимчивость централизованных систем к политическому манипулированию (хотя децентрализация также не является автоматическим решением этой проблемы).

В качестве обоснования децентрализации могут называться различные причины. Она рассматривается как важная политическая цель, поскольку обеспечивает участие населения в процессе охраны здоровья и предусматривает опору местных органов на собственные силы, а также совершенствует подотчетность правительственных чиновников. Например, более жесткий контроль на местах может привести к лучшему удовлетворению местных потребностей, более эффективному управлению материально-техническими ресурсами и повышению мотивации местных должностных лиц, что будет содействовать осуществлению реформ. Децентрализация также рассматривается как способ передачи ответственности за ход развития из центра на периферию и, следовательно, как способ перераспределения ответственности за любые неудачи в удовлетворении местных потребностей. В результате децентрализации врачи могут получить возможность для повышения своего дохода, когда они будут иметь дело с более сговорчивыми работниками, принимающими решения на местном уровне или в частном секторе.

Исторически многие западноевропейские страны располагали развитыми системами местного самоуправления. В некоторых случаях центральные органы власти создавались позднее, чем органы местного самоуправления. Ряд стран унаследовали структуры, которые обеспечивают широкий спектр услуг, финансируемых за счет местных фондов. Однако центральные правительства все более активно стремились ограничивать функции органов местного самоуправления. Общая цель расширения власти центральных правительств заключалась в достижении равного подхода в обеспечении услуг населению по всей стране. Для географического

перераспределения ресурсов центральные правительства использовали соответствующие механизмы, правила, а также целевые и общие субсидии. В первой половине 90-х годов, сталкиваясь с экономическим спадом и необходимостью ограничить общие государственные расходы, некоторые центральные правительства предприняли попытки еще больше ограничить свободу действий местных органов власти.

КОНЦЕПЦИИ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИИ

Децентрализацию можно определить как передачу полномочий или власти в области государственного планирования, управления и принятия решений с национального на субнациональный уровень или, в более общем плане, с более высокого на более низкий уровень управления (75).

В результате децентрализации ответственность за принятие решений передается, по возможности, на самый низкий уровень организации. При одной крайности в полностью децентрализованных учреждениях все решения будут приниматься на самом низком оперативном уровне: там, где это возможно, непосредственно в месте оказания медицинских услуг. При другой крайности в полностью централизованных учреждениях все решения будут приниматься на самом высоком уровне управления. В реальной же жизни нет организаций, которые функционировали бы только по тому или иному крайнему принципу; характерный для них принцип действия находится в различных частях спектра между этими двумя крайностями.

Кроме того, большинство систем здравоохранения нельзя отнести к системам, организованным в соответствии с одной конкретной моделью. Отдельные элементы или подсекторы могут быть в большей или меньшей степени децентрализованными или централизованными. Например, до недавнего времени система здравоохранения Швеции управлялась централизованно (начиная лишь с регионального уровня и ниже), однако большинство стоматологических услуг предоставлялось частным образом. В Германии лечебные учреждения официально децентрализованы, однако мониторинг и регулирование деятельности сотен фондов медицинского страхования через небольшое число агентств на уровне *земель* по некоторым своим особенностям напоминают тот мониторинг и регулирование, которые характерны для централизованной системы.

Следует отметить, что со временем соотношение между централизацией и децентрализацией может изменяться. В Казахстане принятые сразу же после провозглашения в 1991 году независимости меры по децентрализации контроля за финансирование системы здравоохранения до уровня регионов (*областей*) вскоре привели к углублению неравенства между богатыми и бедными районами страны. Поэтому в 1995 году было предложено вернуться к централизации ответственности за финансирование здравоохранения в рамках правительства с помощью нового учреждения, названного Национальным фондом медицинского страхования (76).

ТИПЫ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИИ

Говоря о децентрализации, можно выделить различные ее типы (77, 78). Ниже кратко описываются четыре основных типа децентрализации — деконцентрация, передача функций, делегирование полномочий и приватизация. Различия между этими типами заключается главным образом в их правовом статусе. В классификации типов децентрализации важную роль играют также и другие факторы (такие, как финансовый контроль, способы представления интересов местной общины и географические условия).

Исследования по децентрализации часто включают вопросы приватизации. Однако такой подход можно поставить под сомнение на том основании, что передача полномочий частному сектору представляет собой принятие совершенно другой системы организации и управления деятельностью, а не просто изменения между различными формами организации и распределения ответственности в рамках единой системы (79). Децентрализация и приватизация концептуально представляют собой два совершенно различных процесса, которые могут быть или не быть взаимосвязаны. Вероятно, более корректно было бы рассматривать передачу полномочий и функций от государства частному сектору как процесс приватизации. Тем не менее приватизация рассматривается здесь как форма децентрализации, хотя она и существенно отличается от других ее типов. Этот вопрос еще более усложняется, когда мы имеем дело с сочетанием государственных и частных компонентов, а государственные органы становятся покупателями услуг, которые могут или не могут предоставляться частным образом (в рамках как коммерческих, так и некоммерческих организаций).

В таблице 4 указаны различные типы децентрализации.

Деконцентрация (административная децентрализация) предусматривает перераспределение административных обязанностей в рамках существующей структуры центрального правительства: на один или несколько более низких уровней передаются только административные, неполитические полномочия. Это так называемая министерская модель, когда административные обязанности передаются в местные отделения министерств центрального правительства (81). Поскольку деконцентрация связана с передачей административных, а не политических полномочий, она считается наименее радикальной формой децентрализации. Возможно, благодаря именно такому своему характеру деконцентрация является наиболее часто используемой формой децентрализации.

В результате деконцентрации может возникнуть один из двух различных типов местной администрации. При вертикальной модели местной администрации ее сотрудники несут ответственность только перед своим собственным министерством. Второй тип местной администрации можно назвать комбинированным или префектурным. В случае ее наиболее крайней формы местный представитель центрального правительства, несущий

Т а б л и ц а 4. Типы децентрализации

| Тип децентрализации | Определение |
|---|---|
| Деконцентрация (административная децентрализация) | Принятие решений передается на более низкий административный уровень |
| Передача функций (политическая децентрализация) | Функция принятия решений передается на более низкий политический уровень |
| Делегирование полномочий | Функция выполнения задач передается исполнителям на более низком организационном уровне |
| Приватизация | Функция выполнения задач передается от государства частному собственнику |

Источник: Vorgenhammer (80).

ответственность перед одним министерством (например министерством внутренних дел или местного самоуправления), отвечает за осуществление всех правительственных функций в этом районе. Отраслевые государственные министерства осуществляют лишь технический надзор за своим персоналом. Один из примеров деконцентрации приводится во вставке 2.

При осуществлении передачи функций (политическая децентрализация) центральные правительства передают некоторые функции другим или новым организациям, которые находятся вне сферы их непосредственного контроля. Передача функций означает укрепление или создание более низких по уровню звеньев по сравнению с национальным уровнем управления, которые в значительной мере независимы от него в отношении определенного ряда функций. Таковыми являются типичные региональные или местные правительства.

Таким образом, передача функций означает более радикальную по сравнению с деконцентрацией перестройку организации службы здравоохранения. При этом возникают два важных вопроса. Во-первых, здравоохранение ложится тяжелым бременем на текущий бюджет, при этом местные правительства имеют ограниченные возможности увеличения доходов. Поэтому одна тенденция заключается в том, чтобы вывести финансирование службы здравоохранения из-под контроля местных правительств, поскольку медицинские услуги стали слишком дорогостоящими для того, чтобы они могли продолжать осуществление подобного контроля. С другой

Вставка 2. Деконцентрация*Пример: Польша*

В Польше в 1990 году была проведена коренная реформа государственного управления в качестве одного из этапов процесса политической трансформации с целью отхода от централизованной модели. В результате этой реформы власти провинций (*воеводств*) обрели значительные права. На этом уровне они участвовали в планировании, принимали решения относительно структуры учреждений здравоохранения и распределяли средства, выделенные в рамках централизованно согласованных бюджетов. Сотрудник, отвечающий за вопросы здравоохранения в провинциях, выбирался и назначался властями, действующими на этом уровне. На практике министерство здравоохранения утратило возможность оказывать влияние на оказание медицинских услуг.

Источник: Golinowska & Tymowska (82).

стороны, если соответствующие затраты покрываются субсидиями центрального правительства, то это свидетельствует о наличии зависимости и сокращении местной автономии. Подобное положение, особенно в случае бюджетов, предусматривающих покрытие фактических расходов, побуждает службы здравоохранения к перерасходованию средств, в результате чего они становятся неэффективными. Во-вторых, передача функций может затруднить усилия по интеграции первичной, вторичной и третичной медицинской помощи и по формированию региональных структур. Во вставке 3 приводятся примеры передачи функций.

Вставка 3. Передача функций*Пример: Швеция*

Швеция (население около 9 миллионов человек) служит примером страны, в которой существует бюджетная система здравоохранения, а ответственность за финансирование и организацию соответствующих служб передана на региональный административный уровень, где действуют 26 демократически избираемых местных советов. Эти советы получают часть своих доходов за счет правительственных субсидий и национальной системы социального страхования и, что более важно, они имеют право напрямую взимать с населения прогрессивный подоходный налог. Кроме того, местные советы формируют в своих геогра-

Вставка 3 (продолжение)

фических районах основную часть системы оказания медицинской помощи. Большинство медицинских учреждений и почти все больницы принадлежат и управляются местными советами. Общую структуру служб здравоохранения в Швеции можно кратко описать, используя три ключевых слова. Первое, принятие решений *децентрализованно* и осуществляется местными общественными органами, т.е. местными советами. Второе, каждый местный совет в своем собственном районе обладает *монополией* на предоставление медицинских услуг. Третье, местные советы обладают и управляют своими собственными медицинскими учреждениями и таким образом *несут ответственность* за финансирование и предоставление медицинских услуг.

Источник: Anell (83).

Пример: Испания

В Испании на основе принятого в 1986 году законодательства была создана национальная система здравоохранения и заложены принципы и база для ее будущего развития. В 1981 году произошла первая передача функций служб сети здравоохранения в рамках социального обеспечения (INSALUD) Каталонии, за которой последовали Андалусия (1984 год), Страна Басков и Валенсия (1988 год) и Наварра и Каласия (1991 год). Этот процесс положил конец высокоцентрализованной модели управления здравоохранением на национальном уровне. Правительства автономий несут ответственность за управление службами здравоохранения перед своими региональными парламентами, которые утверждают и осуществляют контроль за исполнением региональных бюджетов здравоохранения. Основным источником финансирования является пакетная субсидия, предоставляемая национальным правительством в соответствии с согласованными объективными критериями. Передача функций с административной и политической точек зрения имела весьма важное значение. Она привела к реформированию многих аспектов здравоохранения, однако ее влияние на организационную и управленческую модернизацию все еще не представляется очевидным, особенно если вспомнить возлагаемые на нее надежды.

Источник: Freire (84).

Постепенная передача функций: Польша

В 1993 году польское правительство перешло к следующему этапу реформы государственного управления, начатой тремя годами ранее. Ее главная цель заключалась главным образом в укреплении органов государственного управления на местном уровне, чье влияние на воп-

Вставка 3 (продолжение)

росы здравоохранения было весьма ограниченным. Эти власти назначались автономно местными советами, члены которых избирались на открытых выборах. В рамках начатого в 1994 году экспериментального проекта 43 крупным городам было предложено взять на себя управление учреждениями здравоохранения. Это привело к передаче полномочий по принятию решений от властей провинции местным органам власти в 28 городах, в которых проживает более 20% населения страны. Поскольку этот эксперимент еще продолжается, слишком рано оценивать результаты.

Источник: Hunter et al. (85).

Показательный пример: Финляндия

В Финляндии существует система здравоохранения, финансируемая главным образом за счет налогообложения, при которой большая часть медицинских услуг предоставляется государственными медицинскими учреждениями. С административной точки зрения это достаточно сложная многоуровневая система, в рамках которой организацией предоставления медицинских услуг занимаются 460 местных органов власти (муниципалитетов). Правительство участвует в планировании, контроле и финансировании (около 50%) служб здравоохранения. Самоуправляемые муниципалитеты, которые избираются на демократической основе и обладают правом взимать местные налоги, существуют уже более 100 лет, и общая политическая тенденция заключается в том, чтобы делегировать им еще больше полномочий. Крупномасштабные административные реформы, начатые во всем государственном секторе Финляндии в конце 80-х — начале 90-х годов, имели своей целью предоставление муниципалитетам большей свободы, а также передачу ответственности за организацию своих служб здравоохранения при сведении руководства со стороны центра к минимуму. Цель этой реформы заключалась в том, чтобы на макроуровне отодвинуть границы государственного регулирования и контроля за расходованием средств, а на микроуровне обеспечить конкуренцию государственных учреждений для сдерживания расходов и внедрения новых форм своей деятельности. С заменой в 1993 году системы предоставления государственных субсидий на затратной основе пакетными субсидиями, основанными на объективных критериях на базе демографической и финансовой информации, муниципалитеты теперь обладают возможностью перераспределять государственные субсидии с учетом местных потребностей и политических соображений.

Источник: Martikainen & Unsikyld (86).

При делегировании полномочий акцент делается на передачу тому или иному органу власти возможности осуществлять планирование и выполнять решения без непосредственного контроля со стороны более высокого органа власти. Эта форма децентрализации распространяется только на решение определенных задач, а не на все виды деятельности. Привлекательность делегирования полномочий заключается в том, что оно позволяет избегать контроля со стороны регулирующих правительственных органов и обеспечивать более гибкое управление. Если бы управление всей национализированной службой здравоохранения было передано какой-либо полугосударственной организации, роль министерства здравоохранения ограничивалась бы решением вопросов стратегического и политического характера. Во вставке 4 приводятся примеры делегирования полномочий.

В с т а в к а 4. Делегирование полномочий

Пример: Венгрия

По мере развития в Венгрии системы медицинского страхования (создана в 1991 году) рассматривались аспекты как децентрализации, так и централизации. Основными достижениями процесса децентрализации были создание независимого фонда медицинского страхования, а также передача функции финансирования от государства саморегулирующейся системе страховщиков, занимающихся страхованием на случай болезни. С другой стороны, поскольку вся система здравоохранения теперь финансируется одним учреждением, этот процесс можно рассматривать как централизацию. В правительственной программе 1994 года делался серьезный акцент как на децентрализацию, так и на регионализацию, однако ее осуществление так и не было начато. В ней, например, говорилось, что важным аспектом продолжения реформы здравоохранения является постоянная координация действий различных исполнителей в рамках служб здравоохранения, в связи с чем следует создать национальный и региональные советы здравоохранения. Эти советы могли бы стать теми учреждениями, которые служили бы связующим звеном между отдельными социальными группами. Однако подобные органы так и не были созданы, и при реорганизации структуры больниц и прочих медицинских учреждений Министерство социального обеспечения приняло подход, ориентированный на сверхцентрализацию.

Источник: Grosz (87).

Пример: Италия

В Италии оказание медицинских услуг населению традиционно осуществлялось в рамках системы обязательного социального страхования. Реформа 1978 года коренным образом изменила это положение, и право на получение медицинских услуг, которым ранее пользова-

Вставка 4 (продолжение)

лись только работающие, стало правом всех граждан. В результате этой реформы вместо множества отдельных фондов была создана новая единая структура на базе регионов и местных учреждений здравоохранения. В 80-х годах в этой новой организационной структуре стали проявляться два серьезных недостатка: чрезмерная политизация и отсутствие рациональных финансовых стимулов.

Следующая реформа была проведена в 1992 году. Первым крупным изменением стала полная трансформация административной структуры местных учреждений здравоохранения. Они были превращены в «публичные предприятия» и получили организационную автономию и соответствующие полномочия. Их управлением занимаются теперь не политические комитеты, а генеральный управляющий, который назначается регионами с учетом профессиональной квалификации и чей контракт возобновляется каждые пять лет. Более крупные больницы могут теперь действовать как независимые «публичные медицинские учреждения» и пользоваться автономией в том, что касается организации и управления их деятельностью. Они функционируют на основе сбалансированных бюджетов, а свою прибыль могут использовать для капиталовложений и стимулирования персонала. Возникновение необоснованного дефицита бюджета в результате их финансовой деятельности может привести к потере автономии.

Источник: Ferrera, M., неопубликованные данные, 1994 год.

***Деконцентрация в сочетании с делегированием полномочий:
Соединенное Королевство***

Реформы национальной службы здравоохранения в Соединенном Королевстве были проведены в 1991 году. Основным их направлением с самого начала была децентрализация: гибридная децентрализация и делегирование полномочий. Уже на начальном этапе было решено отказаться от передачи функций и сохранить вспомогательную структуру органов управления, назначаемых министром здравоохранения. Избираемые органы управления здравоохранением или объединение служб здравоохранения с местными правительствами не рассматривались в качестве приемлемого решения. Реформы в направлении децентрализации предусматривали создание внутреннего рынка, на котором покупатели медицинских услуг и их поставщики действовали бы раздельно, причем последние побуждались бы к принятию статуса трастов. Это обеспечило больницам и местным службам здравоохранения большую свободу по сравнению с той, которой они пользовались в качестве непосредственно управляемых подразделений, находящихся под контролем органов управления здравоохранением. Советы трастов подотчетны министру здравоохранения, так что связь с центром по-прежнему сохраняется. Ключевой момент реформ — врач

Вставка 4 (продолжение)

общей практики выступает в роли фондодержателя; врачебные практики больше установленного размера на добровольной основе контролируют бюджеты для приобретения части медицинских услуг. Правительство активно поддерживает эту модель, поскольку считает систему фондодержания весьма успешной характеристикой реформ.

Источник: Hunter (88).

Приватизация связана с передачей функций правительства той или иной неправительственной организации, которой может быть частная коммерческая компания или некоммерческая добровольная организация. Она может касаться предоставления или финансирования услуг или же как того, так и другого (89). На практике существует множество различных комбинаций этих двух элементов. Следует также отметить, что приватизация служб, которые ранее были государственными, необязательно связана с изменениями в фактическом предоставлении медицинских услуг. Зачастую приватизация касается только вспомогательных функций, таких, как техническое содержание, уборка, транспорт и поставка продуктов.

Приватизация — это крайняя форма децентрализации, при которой прямые государственные прерогативы в области принятия решений заменяются правомочиями частных фирм. К числу основных преимуществ приватизации относят внедрение рыночных стимулов, способствующих повышению эффективности и качества управления учреждениями здравоохранения (90). Кроме того, находящиеся в трудном финансовом положении правительства рассматривают приватизацию как способ привлечения частного капитала в сектор здравоохранения, финансирование которого из государственного бюджета не может быть обеспечено из-за нехватки средств. Во вставке 5 приводится пример приватизации в Чешской Республике.

Однако приватизации присущи и серьезные недостатки. Частное управление и инвестированный капитал требуют финансовой отдачи, аналогичной той, которую можно получить на других частных рынках. Вынужденное стремление получить эту финансовую отдачу может привести к отказу от ориентации служб здравоохранения на социальные нужды и к практике сознательной дискриминации по отношению к больным и уязвимым группам населения, нуждающимся в медико-санитарной помощи (63). Недавний опыт внедрения частного страхования на конкурентной основе в Израиле (92), Российской Федерации, Чешской Республике и, в меньшей степени, в Нидерландах (67) подтвердил сделанные в Соединенных Штатах Америки наблюдения о том, что мощные финансовые стимулы побуждают частных страховщиков прибегать к практике отбора рисков (выбора наиболее здоровых контингентов населения. — *Прим. ред.*) (93). Что касается оказания услуг, то одним из худших примеров является выявленный в Швеции случай, когда коммерческая

Вставка 5. Приватизация

Пример: Чешская Республика

Чешская Республика приступила к быстрой приватизации аптек. Любой гражданин получил право создать аптеку и стать ее собственником, а «Палата фармацевтов» по высокой цене продавала соответствующие лицензии. Цель заключалась в улучшении доступа к лекарствам и в обеспечении такого положения, чтобы рыночные силы и конкуренция смогли оказывать влияние на цены. Для покрытия расходов на прописанные лекарства была создана система обязательного медицинского страхования, и при этом проводилась политика индивидуальной материальной ответственности за каждый рецепт и соблюдение установленных цен, при повышении которых прекращалась выплата субсидий. В результате этого значительно выросло число аптек, особенно в крупных городах, и все лекарства теперь являются полностью доступными. Однако отмечается тенденция закупать только более дорогие лекарства. Если, например, врач прописывает дешевое лекарство, аптеки стремятся продать его более дорогую разновидность, а пациентам приходится оплачивать разницу.

До 1990 года ежегодно регистрировалось около 110–180 фармацевтических препаратов. После произошедшего в 1990 году распада системы импорта лекарств количество вновь регистрируемых препаратов резко возросло. В 1991, 1992 и 1993 годах их было зарегистрировано соответственно 827, 1344 и 1356 наименований. Сейчас на рынке лекарств существует более 10 000 наименований. В период между 1991 и 1993 годами общие расходы на приобретение лекарств выросли приблизительно в два раза.

Источники: Rubas (91); Marx, D., неопубликованные данные, 1993 год.

лаборатория сознательно направляла врачам сфабрикованные результаты анализов крови, с тем чтобы обеспечить высокий оборот (94). Приватизация часто может приводить к возвращению к централизации, когда находящиеся в частных руках компании объединяются, чтобы получить преимущества, связанные с крупномасштабной деятельностью. Во вставке 6 приводится пример трудностей в области приватизации в Венгрии.

Чтобы приватизация не противоречила общей политике в области здравоохранения, национальные правительства при принятии любого решения о приватизации должны предусматривать строгие меры контроля со стороны центральных регулирующих органов. Часто отмечалось, что страна, которая допускает самое широкое участие частного сектора в оказании медицинских услуг — Соединенные Штаты Америки, — создала при этом самый крупный и наиболее интрузивный аппарат государственного регулирования. Например, в Соединенных Штатах врачи, несмотря на то

Вставка 6. Трудности с приватизацией

Пример: Венгрия

После произошедших в 1990 году в Венгрии политических изменений правительство не видит никакой существенной разницы между предпринимательством и оказанием медицинских услуг. Одним из основных лозунгов реформ был лозунг о «приватизации производственных и торговых корпораций одновременно с приватизацией служб здравоохранения». Однако в реальной жизни все оказалось не так просто, как в теории. Отношения между предпринимательским сектором здравоохранения и созданным в 1991 году Венгерским институтом страхования здоровья являются весьма непростыми. Согласно бюджету 1991 года институт получил полномочия заключать договора с частными медицинскими организациями, однако при этом не были выработаны детальные указания относительно того, какие аспекты следует принимать во внимание при подписании договоров или каким образом следует устанавливать цены. Другим усугубляющим фактором является то, что собираемые институтом страхования здоровья взносы не покрывают расходов, связанных с функционированием этой системы. Правительство согласилось покрыть дефицит за счет государственного бюджета, однако этот подход вызывает возражения, и в настоящее время дефицит составляет значительную сумму (в период между 1992 и 1994 годами — 53 миллиарда форинтов).

Источник: Orosz (87).

что они являются частными, могут подвергаться текущему и ретроспективному контролю — а также возможному судебному контролю — по поводу каждой осуществляемой ими медицинской процедуры (95). С другой стороны, ставшие недавно независимыми страны СНГ, такие, как Казахстан и Кыргызстан, обнаружили, что приватизация без необходимых мер регулирования привела к тому, что министерства здравоохранения утратили многие рычаги для осуществления контроля за качеством медицинской помощи, которую получают пациенты. Как это ни парадоксально, чем больше та или иная система здравоохранения опирается на рыночные механизмы в области финансирования и предоставления медицинских услуг, тем больший контроль, как оказывается, должны осуществлять правительства через свои регулирующие органы (61).

Ни один из этих четырех подходов к децентрализации не существует в чистом виде. В отношении различных видов деятельности страны используют одновременно разные схемы. Например, в Соединенном Королевстве в качестве организационной модели принята модель деконцентрации, однако порядок подчиненности от центра к периферии нарушен в связи с существованием назначаемых органов управления здравоохранения и региональ-

ных отделений, которые подчиняются министру здравоохранения. В центре администратор национальной службы здравоохранения (НСЗ) выполняет делегированные ему оперативные властные функции. Осуществленную в 1996 году ликвидацию промежуточного уровня (14 прежних региональных органов здравоохранения заменены 8 региональными отделениями, через которые действует администратор НСЗ) можно рассматривать под двумя углами зрения. Формально устранение промежуточной административной связи обеспечивает децентрализацию служб здравоохранения. На практике оно могло бы укрепить власть центрального правительства, поскольку местные органы здравоохранения находятся в слишком большой зависимости от правительства, обеспечивающего их легитимность, чтобы представлять сколь-либо реальную угрозу. Поэтому фактически формальная децентрализация может оказаться возвращением к централизации (см. вставку 7).

В с т а в к а 7. Возвращение к централизации: национальное страхование здоровья

Пример: Казахстан

Предложенные новые меры по введению медицинского страхования фактически свидетельствуют о признании того, что предусмотренная законодательством в 1993 году передача полномочий по финансированию здравоохранения на уровень *областей* оказалась ошибочной и что необходимо вернуться к прежней централизации. По этой причине, а также в связи с тем, что по новой конституции *области* пользуются сильной поддержкой со стороны президента, нет уверенности, что проект закона о национальном страховании будет осуществлен.

Доходы от медицинского страхования будут собираться недавно созданным национальным фондом медицинского страхования. Этим фондом будет управлять не министерство здравоохранения, а отдельный государственный орган, несущий ответственность перед тремя министерствами — министерством финансов, министерством по социальным вопросам и министерством здравоохранения. Процедуры распределения фондом имеющихся в его распоряжении денежных средств еще подлежат окончательному уточнению. Закон о медицинском страховании 1995 года предусматривает, что 10% доходов фонда подлежат распределению министерством здравоохранения в качестве уравнительного фонда для выделения дополнительных средств более бедным *областям*. Скорее всего в фонд будут поступать лишь эти 10% доходов от медицинского страхования — в действительности богатые *области* недовольны потерей контроля даже над этой суммой. Согласно этой схеме остальные 90% доходов будут оставаться в той *области*, в которой они были собраны, а именно в местном областном отделении фонда.

Источник: Saltman & Akanov (76).

Результат передачи функций полностью зависит от того, насколько сильным является местное правительство.

В странах, в которых региональное и/или местное правительство успешно управляет здравоохранением, обычно эта система действует в течение долгого времени; местная демократия не может возникнуть в одночасье. Передача функций по принятию решений и исполнительных полномочий слабым административным органам может привести к тому, что политические группировки нарушат контроль со стороны местных демократических органов за ограничением получения политических преимуществ. Эти проблемы являются особенно острыми в странах ЦВЕ и СНГ, где до переходного периода местные правительства являлись единственными органами, которые осуществляли государственную политику.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИИ

Децентрализация рассматривается как средство разрешения проблем, возникающих при наличии сложных государственных бюрократических структур. Эти организации критикуются за их громоздкость, неэффективность и нечувствительность к нуждам тех, кто прибегает к их услугам.

Децентрализованные учреждения обладают рядом преимуществ над централизованными (96); они могут:

- быть более гибкими и быстрее реагировать на изменяющиеся обстоятельства и потребности;
- быть более эффективными, поскольку находящиеся на местах работники способны быстрее определить проблемы и возможности;
- быть более новаторскими в том, что касается путей решения тех или иных проблем;
- обеспечить более высокий моральный дух, большую степень приверженности и более высокую производительность работников на местах.

Некоторые правительства стремятся применять по отношению к организациям государственного сектора принципы управления, заимствованные в частном секторе. Известная под названием «нового государственного управления» эта стратегия делает акцент на основополагающее значение конкуренции и эффективности. В таблице 5 приводятся основные ожидаемые результаты.

Для успешной децентрализации необходимы определенные социальные и культурные условия. Vorgenhammer (80) определил следующие необходимые условия: достаточный административный и управленческий потенциал на местах; уверенность в правильности выбранного пути выполнения задач; готовность принять несколько интерпретаций одной и той же проблемы. Должны измениться также сами институты: «Организации, которые занимаются децентрализацией власти, также считают, что

Т а б л и ц а 5. Преимущества децентрализации

| Тип децентрализации | Преимущества |
|--------------------------|--|
| Деконцентрация | Сокращение потребности в центральных административных органах Осуществление местных нововведений |
| Передача функций | Обеспечение больших возможностей для принятия решений на местах, а также для повышения влияния большего числа людей Уменьшение власти центральных органов |
| Делегирование полномочий | Более быстрое выполнение соответствующих функций |
| Приватизация | Обеспечение возможности действовать независимо от политиков, которые предположительно неспособны, по мнению многих, принимать решения и нечетко представляют свою роль |

Источник: Vorgenhammer (80).

они должны четко сформулировать свои задачи, сформировать внутреннее отношение к своим основным ценностям и оценить возможные результаты» (96).

Децентрализация может также иметь негативные последствия, включающие дробление служб, ослабление центральных органов управления здравоохранением, неравенство в получении медицинской помощи, политические манипуляции в пользу определенных заинтересованных групп и ослабление позиции и статуса государственного сектора.

Приобретенный в последние годы многими странами опыт свидетельствует о том, что имеются определенные области, в которых функции принятия решений не следует децентрализовывать. Можно выделить четыре такие области:

- основополагающие принципы политики в области здравоохранения;
- стратегические решения относительно ресурсов здравоохранения;
- меры регулирования, касающиеся обеспечения общественной безопасности;
- мониторинг, оценка и анализ как состояния здоровья населения, так и работы служб здравоохранения.

Первая из этих четырех областей является основной частью деятельности государства; важнейшие решения должны приниматься только на

самом высоком государственном уровне. Политика в области здравоохранения неизменно связана с выбором основных ценностей, которые могут оказать влияние на многие аспекты общественной жизни. Поэтому эти ключевые стратегические вопросы должны регулироваться с помощью тех же процедур, что и другие вопросы государственной политики.

Вторая область является ключевой характеристикой всей системы здравоохранения. Решения, принимаемые относительно ресурсов, выделяемых на здравоохранение, имеют стратегическое значение, поскольку они определяют будущее всей системы. Подобные вопросы инфраструктурного характера охватывают персонал (подготовка, проверка и лицензирование), крупное капитальное строительство, приобретение дорогостоящего оборудования и деятельность в области исследований и развития. Эти связанные с ресурсами решения требуют широкого обзора ситуации для обеспечения необходимого баланса, а также эффективного использования ограниченных ресурсов.

Третья область — это область решений регламентирующего характера, связанных с защитой общественных интересов. Под контролем центральных органов должны находиться вопросы регулирования, связанного с новыми лекарственными препаратами и методами лечения, а также аккредитации поставщиков медицинских услуг. Опыт некоторых стран ЦВЕ и СНГ свидетельствует о том, что органы власти более низкого уровня могут оказаться в большей степени подверженными коррупции по сравнению с органами власти более высокого уровня.

Т а б л и ц а 6. Риски децентрализации

| Тип децентрализации | Риски |
|--|--|
| Деконцентрация | «Правая рука» не всегда знает, что делает «левая рука». На практике возможно наличие неприемлемых вариантов. |
| Передача функций Делегирование полномочий | Отсутствие политического контроля Снижение профессионализма Наличие трудностей в обеспечении качества и эффективности в случае излишнего дробления децентрализованных учреждений |
| Приватизация | Появление частных монополий, которые могут злоупотреблять своей властью (распад рынка) |

Источник: Vorgenhammer (80).

Последняя область касается мониторинга и оценки общего состояния здоровья населения. Оценка равенства возможностей, улучшения здоровья, эффективности, качества медицинских услуг, возможностей выбора со стороны их потребителя и прав пациентов может оказаться эффективным инструментом для оказания влияния на поведение децентрализованных подразделений. Поскольку по определению децентрализация связана с передачей контроля над основными службами новым субъектам, отвечающим за принятие решений, важно иметь возможность осуществлять контроль за тем, насколько адекватно функционируют эти новые органы. Публикация результатов подобных оценок может стать мощным фактором предотвращения нежелательного поведения. Каждая из различных форм децентрализации может быть чревата определенными недостатками, о которых говорится в таблице 6.

Децентрализация влечет за собой дополнительные расходы, связанные с возникающей в ее результате потребностью в координации. В децентрализованных учреждениях обычно труднее обеспечить достаточный уровень согласованности в принятии решений, чем в централизованных. Невозможно обеспечить экономию на масштабах работ. Иногда имеет место недостаточная загрузка как специалистов, так и оборудования.

ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ: КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ

Любое решение о децентрализации связано с тремя основными вопросами:

- до какого уровня должна осуществляться децентрализация?
- кому должны быть переданы полномочия в результате децентрализации?
- решение каких задач должно быть децентрализовано?

Выбор уровня децентрализации представляет важность в том, что касается отношений между центром и периферией и, в частности, типа устанавливаемой подотчетности. По мере увеличения степени децентрализации возрастают проблемы, связанные с отсутствием достаточного опыта управления, дроблением системы предоставления медицинской помощи из-за большого числа мелких подразделений, а также с трудностями в отношении эффективного предоставления услуг здравоохранения большим группам населения. Одним из решений является установление иерархии уровней между центром и периферией, таких, как регионы и районы. Однако у каждого свое представление о децентрализации, и что выглядит децентрализацией с точки зрения центра может восприниматься совершенно по другому потребителем медицинских услуг (см. вставку 8).

Что касается вопроса о том, кому в результате децентрализации будут передаваться функции и полномочия, то в рамках новой децентрализованной системы будут избираться местные органы власти, подотчетные своему

Вставка 8. Децентрализация/централизация — до какого уровня?*Пример: Хорватия*

В бывшей Югославии, где при социалистическом режиме службы здравоохранения, несмотря на высокую степень децентрализации, отличались неэффективностью и плохой организацией, не было никаких иллюзий относительно того, чего можно добиться только лишь путем децентрализации. В Хорватии, население которой насчитывает 4,7 млн. человек, было принято решение о передаче финансовых полномочий от местных органов власти национальному фонду медицинского страхования — единому высокоцентрализованному финансовому учреждению. Этот шаг был связан с осторожной и медленной приватизацией, которая касалась главным образом врачей общей практики, а также создания условий для конкуренции между поставщиками медицинских услуг, предусматривала введение договорных отношений и допускала свободу выбора со стороны пациентов. Главная причина отказа в разрешении быстрой приватизации заключалась в том, что она была бы связана с высокой степенью риска, поскольку частные врачи менее доступны для людей со средним или низким уровнем дохода. После проведенных в Хорватии реформ прошло еще слишком мало времени, чтобы можно было оценить их результаты, однако, как представляется, они позволили избавиться от неразберихи и анархии, которые были порождены прежней децентрализацией служб здравоохранения.

Источник: Oreskovic (97).

электорату (см. вставку 9). Там, где вопросы выработки политики в области здравоохранения и вопросы управления остаются прерогативой центрального правительства, организация, функции которой деконцентрируются, может иметь какой-либо назначенный совет. Советы по вопросам здравоохранения можно рассматривать как способ обеспечения того, чтобы местные органы управления здравоохранением более эффективно реагировали на нужды своих местных общин без фактической передачи полномочий той или иной структуре местного правительства или полного устранения системы подотчетности перед центром (99). Однако назначаемые советы подвергаются критике за то, что с демократической точки зрения они не являются легитимными, а также за то, что они играют роль административных рычагов центра (100). Даже когда функции передаются местному органу власти, центральное правительство, как правило, сохраняет и осуществляет значительные полномочия через систему назначений и с использованием других средств. Если делегирование полномочий осуществляется сверху вниз, подотчетность возможна лишь снизу вверх. Оптимальной формой

В с т а в к а 9. Кому передаются децентрализованные функции?

Пример: Российская Федерация

В Российской Федерации цель реформы здравоохранения заключалась в уделении большего внимания первичной медико-санитарной помощи и в повышении качества медицинских услуг путем децентрализации управления, отказа от государственной монополии на оказание медицинской помощи, а также путем внедрения некоторых рыночных элементов на базе признания прав пациентов, в том числе права на выбор врача и больницы, и создания «планового рынка». Однако в ходе законодательного процесса и дебатов в парламенте эти принципы подверглись пересмотру и корректировке, в результате чего они утратили свою четкость в принятом в июне 1991 года законодательстве. В апреле 1993 года в законодательство были внесены соответствующие поправки, но несмотря на это оказалось невозможным восстановить эти принципы в их первоначальном виде. Для обеспечения соответствующего баланса между различными регионами был создан независимый некоммерческий финансово-кредитный институт — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Для сбора страховых взносов и оплаты услуг, предоставляемых застрахованным лицам медицинскими учреждениями, были созданы территориальные фонды медицинского страхования. При этом фактическое страхование населения организовано через частные страховые компании. Эти компании подписывают договора с работодателями и местными органами власти относительно страхования их работников и оплачивают услуги медицинских учреждений, а также услуги, предоставляемые частным медицинским сектором.

Опыт первых двух лет осуществления обязательного медицинского страхования свидетельствует о том, что страховой взнос (3,6%) является слишком низким; фактические затраты достигают 11,2%. Бюджетный дефицит усугубляется тем фактом, что из-за своих собственных бюджетных дефицитов местные органы власти не могут делать взносы на обязательное медицинское страхование населения, за обеспечение которого медицинской помощью они несут правовую ответственность. Кроме того, фонды обязательного медицинского страхования, получив некоторые резервы из государственного бюджета, вместо того чтобы использовать их на приобретение медицинского оборудования или лекарственных препаратов, начинают заниматься коммерческой прибыльной деятельностью, не проконсультировавшись с учреждениями здравоохранения. Поскольку многие учреждения не имели возможности подписать договора со страховыми компаниями, в вопросах финансирования они продолжают зависеть от государственного бюджета. И наконец, значительная доля собранных средств ухо-

Вставка 9 (продолжение)

дит на формирование и содержание бюрократических структур страховых органов, а не расходуется на нужды пациентов.

Российская Федерация приняла очень сложную и бюрократизированную систему медицинского страхования, которая позволяет частным страховым компаниям использовать эту систему в своих собственных коммерческих интересах и не нести при этом надлежащей ответственности за медицинские услуги, которые они призваны обеспечивать. Кроме того, трудности в толковании законодательства и его поправок привели к такому положению, когда в различных регионах приняты различные подходы, что приводит к неравенству в предоставлении населению медицинских услуг.

Источник: Tchernajvskii & Komarov (98).

децентрализации для многих стран, по всей вероятности, является передача функций при сохранении определенной степени влияния со стороны центра. Такой подход нашел четкое отражение в названии опубликованного в Соединенном Королевстве в конце 1994 года документа — *Местные органы получают свободу, а государственные несут ответственность (101)*. В этом документе, подготовленном администратором НСЗ, предпринимается попытка сформулировать основные правила развития внутреннего рынка служб по оказанию медицинских услуг и установить оптимальный баланс свобод местных органов власти, совместимых с государственным подходом, обеспечивающим равенство и справедливость в получении медицинских услуг.

Задачи, подлежащие передаче при децентрализации, включают получение финансовых средств, выработку политики и планирование, распределение ресурсов, финансирование предоставления медицинских услуг, а также межучрежденческую и межсекторальную координацию. Получение финансовых средств может осуществляться совместно с государственными и региональными или местными органами власти, как это имеет место в Испании и Финляндии, быть полностью прерогативой того или иного регионального органа власти, как это имеет место в Швеции, или же какого-либо полугосударственного, действующего на законном основании органа, как это имеет место в Германии и Нидерландах. Во вставке 10 приводятся примеры децентрализации задач и ее последствий.

Функции по формулированию политики и планированию обычно распределяются между центральным и местными органами, хотя точное их соотношение изменяется от страны к стране и с течением времени. Вообще, свобода местных органов власти в вопросах формулирования политики и планирования ограничивается необходимостью действовать в рамках, определяемых центром, который к тому же стремится устанавливать приоритеты.

Вставка 10. Децентрализация — каковы уроки?

Пример: Норвегия

Норвежская реформа пакетных субсидий 1980 года заменила государственную систему компенсаций больницам системой предоставления пакетных субсидий, распределяемых между общинами согласно объективным критериям. Эта реформа сопровождалась общей децентрализацией с передачей бюджетных полномочий на местный уровень и предусматривала содействие развитию ПМСП, выравнивание предоставления медицинских услуг в пределах регионов и стимулирование общин с целью повышения эффективности работы больниц. Спустя десятилетие эта реформа была свернута. Правительство ввело ограничения, которые сократили свободу действий общин в решении финансовых вопросов, а предоставление части пакетных субсидий было поставлено в зависимость от качества работы больниц. Правительство также ввело «гарантийный сертификат», согласно которому пациенты, страдающие от серьезных заболеваний, имеют право на получение медицинских услуг по консервативному лечению не позднее чем в течение шести месяцев.

Система пакетных субсидий не оправдала ожиданий ее создателей, поскольку она была основана на той критической предпосылке (которая оказалась нереалистичной), что правительства согласятся понести политические издержки за введение финансовых ограничений в отношении деятельности общин. В рамках новой политики в области здравоохранения первоочередное внимание уделяется ПМСП. Поскольку финансовое положение общин и больниц ухудшилось, а также в связи с тем, что из-за растущих списков ожидающих хирургической операции проблема больниц получила громкий политический резонанс, правительство неоднократно вмешивалось в их работу, с тем чтобы повысить ее эффективность и предотвратить закрытие некоторых отделений, что не стимулировало общины делать то, что входит в их функции. Общины стали прибегать к различным формам лоббирования, направленного против правительства, выступая в поддержку своих медицинских учреждений, а не отстаивая интересы государства. Например, в 1986 году бюджеты больниц были превышены в среднем на 9%. Поэтому воздавалось должное тем больницам, которые продолжали повышать свои затраты, как это имело место при предыдущей системе возмещения расходов.

Положение с больницами и наличие списков ожидающих своей очереди являются политически чувствительными вопросами. Гораздо труднее выполнять непопулярные бюджетные решения, когда широко известно, что тот, кто принимает решение, по всей вероятности, получит дополнительные субсидии, которые сделают выполнение этого решения необязательным. Случаи вмешательства со стороны правительства показали, что первоначальная пакетная субсидия не

Вставка 10 (продолжение)

рассматривается общинами как жесткое бюджетное ограничение. Если политические деятели общин не использовали бы любую возможность для получения более высоких субсидий, они бы несли персональную ответственность за последствия жестких бюджетов. Больницы знали, что бюджетные решения являются частью игры между двумя группировками внутри правительства. Неоднократно имели место случаи, когда находящиеся в трудном финансовом положении больницы получали помощь либо от государства, либо от общины. Поскольку проблема пакетных субсидий вылилась в борьбу между двумя группировками, правительство пришло к заключению, что существующая финансовая система делегировала общинам слишком много полномочий. В результате правительство приняло новые правила, которые вновь ужесточили контроль государства за деятельностью общин.

Источник: Karlsen (102).

Пример: Венгрия

Политическое вмешательство со стороны государства может свести на нет потенциальные преимущества децентрализации. В Венгрии в конце 1993 года соответствующие интересы института медицинского страхования и министерства социального обеспечения вступили в конфликт. Согласно принципу самоуправления институт медицинского страхования должен был получить полномочия на принятие решений относительно заключения — или незаключения — договоров с врачами и больницами, предоставляющими медицинские услуги. Однако министерство социального обеспечения настояло на том, чтобы институт подписал договора со всеми учреждениями, которые он ранее финансировал. Когда возник вопрос о договорах на 1995 год, небольшая комиссия из четырех человек, созданная министерством и институтом медицинского страхования, подготовила предложения относительно содержания этих договоров. Подобный подход противоречил основной цели реформы, которая заключалась в том, чтобы отстранить министерство от непосредственного управления здравоохранением. Он также противоречил указу правительства, принятому осенью 1994 года, в котором содержались предложения относительно структурных изменений, связанных с децентрализацией и передачей соответствующих функций региональным советам.

Источник: Orosz (87).

Пример: Швеция

Опыт Швеции свидетельствует о том, что передаче функций всегда предшествует передача соответствующих полномочий. Это имело место

Вставка 10 (продолжение)

при первой реформе по децентрализации с государственного уровня до уровня общины (1960–1970 годы), а также при второй (1980 годы) и третьей (1990 годы) реформах, когда была осуществлена децентрализация с более высоких на более низкие уровни администрации общин. Теоретически передача функций и передача полномочий должны осуществляться одновременно, однако в реальной жизни это происходит весьма редко. Такое положение отражает стремление политиков соблюдать осторожность, когда они, прежде чем передать официальные полномочия, проверяют, каким образом их получатель справляется в возросшими функциями. С точки зрения агента, которому передаются функции или полномочия, подобная стратегия не может вызвать ничего иного, кроме разочарования. Он предпочел бы сначала получить полномочия, с тем чтобы принимать решения и не нести соответствующую ответственность за урегулирование любых возможных проблем. Такие конфликты интересов частично объясняют постоянную напряженность в отношениях между центром и периферией при любом процессе децентрализации. На эту напряженность не следует закрывать глаза, ее следует устранять, чтобы избежать нежелательных конфликтов.

Источник: Anell (83).

Зачастую предпочтение децентрализации отдается потому, что она рассматривается как средство улучшения координации между отдельными службами и видами деятельности на местном уровне. Она также отражает признание того факта, что здравоохранение — это больше, чем оказание медицинских услуг, и что для работы по пересмотру политики в этой области должны привлекаться и другие учреждения, находящиеся вне системы оказания медицинских услуг.

ОЦЕНКА ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИИ

Результаты децентрализации не так уж часто оцениваются в свете улучшения здоровья населения, обеспечения равенства в получении медицинских услуг, повышения их эффективности и качества, а также обеспечения права выбора для потребителей. Лица, принимающие решения, обычно считают, что децентрализация автоматически приводит к позитивным изменениям, и полагают, что нет никакой необходимости в ее оценке. При этом зачастую ожидаемые результаты заранее не определяются. Очень важно, чтобы лица, формулирующие политику, четко определяли, какого рода улучшения они ожидают в результате проведения политики децентрализации.

Вопрос о том, преобладают ли преимущества децентрализации над ее возможными недостатками — в частности дробление и дублирование служб

здравоохранения, а также большие расходы на реорганизацию — должен решаться в каждом конкретном случае лицами, определяющими национальную политику. Нередко мы наблюдаем случаи, когда страны, приступившие к радикальному процессу децентрализации, впоследствии вновь централизуют контроль над ключевыми элементами системы здравоохранения, такими, как финансирование здравоохранения и установление медицинских стандартов/нормативов. При этом в странах Западной Европы приватизацию крайне редко рассматривали как жизнеспособную политику в области здравоохранения, а в странах ЦВЕ и СНГ приватизация проходит неровно и по ее поводу высказываются серьезные опасения.

Права, свобода выбора и участие граждан

В дополнение к таким целям, как равенство, эффективность и результативность организаторы здравоохранения в европейских странах также ставят перед собой цель реализации концепции предоставления пациентам больших возможностей. Речь идет о возрастающих требованиях граждан предоставить им большие права в отношении организационных вопросов (таких, как выбор своего врача и больницы) и клинических вопросов (таких, как участие в возможном принятии медицинских решений). Более того, во все большей степени пациенты требуют, чтобы им позволяли принимать участие в процессе формулирования политики на местах, когда это становится возможным благодаря проведенной государством децентрализации.

Соображения относительно участия граждан и предоставления пациентам права выбора в отношении получения медицинских услуг многими нитями связаны с различными подходами к финансированию и организации здравоохранения. Некоторые аналитики полагают, что принятие во внимание коллективных мнений граждан путем повышения их участия в процессе принятия решений может привести к демократизации служб здравоохранения и повышению подотчетности медицинских работников и государства (61). Такая позиция обычно связана с пониманием здравоохранения как «социального блага», которое проявляется через управляемые общественностью системы здравоохранения. В противоположность этому стремление обеспечить право индивидуального выбора также связано с системами, которые провозглашают рыночные принципы конкуренции. В этом случае предоставляемое пациенту право выбора обычно связано с идеей суверенитета потребителя, а роль систем измеряется с их возможностью отвечать «индивидуальным» потребностям их пользователей. Эти два различных подхода подразумевают, что понятие *участия* ограничивается *потребностями* пациентов, тогда как концепция *выбора* врача и больницы традиционно связана с *желаниями* пациентов.

Однако этот анализ является неполным. При некоторых системах, когда используются рыночные принципы и становится более очевидной не-

обходимость в «рационализации», населению и общине предлагается также изложить свои соображения относительно приоритетов. Однако в этом случае акцент делается на реакцию населения, а не на активное участие и представительство общины в процессе формирования политики.

При политически демократичном подходе предоставляемое пациенту право выбора рассматривается в контексте его демократических, а не коммерческих прав. Имеющееся у пациента право выбора становится механизмом, с помощью которого люди могут оказывать большее влияние на происходящее с ними в рамках управляемой общественностью системы, что обычно проявляется при выборе ими больницы и врача. Таким образом, имеющееся у пациента право выбора становится политической характеристикой, в свете которой пациенты путем своего участия помогают легитимизировать основополагающие полномочия системы предоставления медицинских услуг. С этой точки зрения право пациента на выбор представляется важной концепцией, позволяющей изучать отношение потребителей к системам здравоохранения, независимо от того, финансируются ли они частным образом или государством.

В качестве полезной основы для изучения подходов к проблеме участия граждан (103) предлагается построить иерархию уровней участия для описания различных степеней полномочий, которыми потенциально может обладать потребитель. Эти полномочия, когда решения принимаются гражданами, а не правительствами или врачами и больницами, охватывают медицинские процедуры и лечение, получение информации, проведение консультаций и консилиумов, а также партнерские отношения и правомочия.

Аналогичная система классификации выделяет различные уровни обладания правами, которые можно рассматривать как обеспечивающие появление «правомочных пациентов» (61). Этот ряд идет от наинизшей до наивысшей позиции правомочий отдельного пациента. Он начинается с морального убеждения (возможность лишь просить выслушать), а затем включает официальный политический контроль и заканчивается способностью человека контролировать все, что связано с организационными аспектами его собственной судьбы. Крайним проявлением правомочий, предусмотренных этим рядом, являются просьбы пациентов о пересмотре решений врачей. В число имеющихся у пациента возможностей входят правовые средства, ежегодный выбор пациентами своих страховщиков, выбор врача и больницы без прямой связи с оплатой их услуг, контроль со стороны избираемых демократических органов за финансированием и предоставлением услуг здравоохранения, влияние на выбор вида лечения и, наконец, выбор врача и больницы в прямой связи с оплатой их услуг. При таком подходе ключом к пониманию проблемы прав является степень индивидуального влияния на конкретное решение, касающееся предоставления медицинских услуг. Следовательно, для получения соответствующих прав пациенты должны добиваться возможности

осуществлять практический контроль за финансовой деятельностью и распределением ресурсов, независимо от управляющих и тех, кто предоставляет медицинские услуги. Поэтому в рамках данного подхода рассматриваются главным образом интересы отдельного лица и подчеркивается важность обеспечения пациенту права выбора и контроля за принимаемыми решениями.

Однако с правом выбора в рамках системы здравоохранения связан ряд нерешенных вопросов. Во-первых, является ли право выбора важным для пользователей, как это считают некоторые аналитики? В какой мере право выбора является важным для всех направлений здравоохранения или же оно важно лишь в некоторых областях, таких, как медицинская помощь, связанная с беременностью и родами? Связанным с ними является вопрос о том, имеют ли пользователи, учитывая специфический характер здравоохранения, достаточный доступ к информации для того, чтобы при наличии желания сделать соответствующий выбор с учетом всех данных (104). Наконец, существует вопрос о неравенстве в получении права на выбор: те, кто обладает большими ресурсами (финансы, время и энергия), вероятно, будут иметь большие возможности для того, чтобы получить свободу выбора.

УЧАСТИЕ ГРАЖДАН

Здесь можно выделить два ключевых вопроса: во-первых, каким образом учитывается мнение граждан относительно структуры здравоохранения в различных странах и, во-вторых, какими полномочиями и правами обладают граждане в отношении оказания влияния на принимаемые решения. В отдельных странах приняты разные подходы как на коллективном, так и на индивидуальном уровне. В Финляндии граждане оказывают фактическое влияние на соответствующие решения через муниципальные комитеты здравоохранения. Выборный муниципальный совет создает комитет здравоохранения, в состав которого входят главный врач муниципальной больницы и несколько человек из различных групп населения, представляющих позицию граждан. В Соединенном Королевстве принят другой подход. Члены органов управления здравоохранением назначаются, а не избираются, и в их состав не входят автоматически представители граждан, и уже 20 лет в стране действуют советы здравоохранения местных общин. Эти советы специально созданы для того, чтобы защищать интересы граждан в области здравоохранения. В отличие от Финляндии, члены этих советов не избираются, а назначаются, и роль советов заключается в выработке рекомендаций и предоставлении соответствующей информации. Одной из последних инициатив, выдвинутых Соединенным Королевством, является попытка представить новые органы и консорциумы, занимающиеся вопросами финансирования медицинской помощи в интересах населения. В рекомендательном документе

«Голоса с мест», подготовленном Директором НСЗ (105), был указан ряд механизмов для проведения консультаций с местными общинами. К числу предложенных механизмов относятся использование «целевых групп», состоящих из представителей местного населения, а также проведение обследований и форумов по проблемам здравоохранения. Эти предлагаемые механизмы не были включены в число имеющих законодательную базу механизмов и используются лишь спорадически.

В странах ЦВЕ отмечается быстрое развитие различных органов, работающих на добровольной основе, включая множество групп по защите интересов пациентов. В то же время появившиеся независимые средства массовой информации передают гласности вопросы участия пациентов в принятии решений и свободы выбора, связанного с получением медицинских услуг. В Польше важная роль, которую играет пресса, нашла свое отражение в формировании движения за права пациентов.

Одной из наиболее успешных реформ в Польше стало создание местных самоуправляющихся советов с комитетами по вопросам здравоохранения. Несмотря на централизованное финансирование и предоставление медицинских услуг, многие местные правительства взяли на себя функции по обеспечению охраны здоровья, связанные главным образом с предоставлением ПМСП. В большинстве случаев эти функции должны передаваться вместе с бюджетом центральными органами, что ограничивает получение соответствующих полномочий. Закрытие или создание в том или ином районе учреждений здравоохранения невозможно без консультаций с местными правительствами.

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Общей политикой в ряде европейских стран было внедрение механизмов защиты прав пациентов. Этот процесс необязательно связан с участием в нем государственных органов и представляет собой попытку обеспечить предоставление медицинских услуг с большим учетом различных аспектов потребностей пациентов. Например, в Польше принятый в 1991 году закон закрепляет за пациентами право на получение медицинских услуг такого уровня, который отвечает современному уровню медицинских знаний, на получение информации о состоянии своего здоровья, на согласие или отказ на основе полной информации в отношении конкретных компонентов медицинских услуг, на конфиденциальность и достойное обращение, а также на спокойную и достойную смерть. Кроме того, при больничном лечении пациент имеет право доступа к средствам телефонной связи и на переписку с внешним миром, на получение ухода со стороны членов семьи или друзей, а также на получение услуг священника. Однако для осуществления этих прав не было принято никаких мер. В настоящее время разрабатывается хартия прав пациента, хотя она пока еще не стала законом.

В 1992 году в Соединенном Королевстве была принята Хартия пациента, в которой излагаются десять прав и вводятся национальные и местные стандарты и нормы как инструмент улучшения качества медицинских услуг. В этом документе основной акцент сделан на стандартах, а не на законных правах, в связи с чем успех Хартии будет зависеть от качества механизмов и процедур, разрабатываемых с целью воплощения в жизнь ее принципов, и от того значения, которое им придают те, кто несет ответственность за их осуществление. Без эффективных механизмов Хартия вряд ли сможет обеспечить права граждан.

В отличие от подхода, принятого в Польше и Соединенном Королевстве, в Финляндии в 1993 году права пациентов были определены законом. Это важная веха в развитии законодательства в Европе (106). Закон закрепляет за пациентами право на получение качественных услуг здравоохранения, медицинской помощи и соответствующего лечения, на доступ к медицинским услугам, на получение информации и на самостоятельное принятие решений. В этом законе говорится также о статусе несовершеннолетних, неотложной медицинской помощи и праве на информацию и получение услуг квалифицированных специалистов. Вероятно, одним из наиболее важных аспектов финского законодательства является роль омбудсмена (посредника между определенными структурами. — *Прим. ред.*) пациентов. Согласно финской системе каждый институт здравоохранения должен назначать омбудсмена, который будет нести ответственность за ряд местных учреждений здравоохранения. В число задач такого омбудсмена входит консультирование пациентов по всем практическим вопросам, касающимся выполнения закона о правах пациентов и оказания пациентам помощи в написании жалоб или заявлений о компенсации.

Наиболее комплексный подход к вопросу о правах пациентов был принят в Нидерландах. В законе Нидерландов о медицинских договорах, который вступил в силу в апреле 1995 года, четко определены основные права пациентов (107). В этом законодательстве договор между пациентом и врачом рассматривается как «специальный договор» в рамках гражданского договорного права. Это дает отдельному пациенту право предъявлять врачу прямой иск, а также возможность обеспечивать реализацию этого права через суды, не полагаясь на дальнейшие действия со стороны правительства. Это законодательство включает положения об информированном согласии пациента, доступ к истории болезни и прочим данным, сроках сохранения медицинских данных, конфиденциальности, правовом положении несовершеннолетних и взрослых, которые неспособны вести свои собственные дела, медицинской ответственности, использовании историй болезни и других медицинских данных, а также об использовании тканей человека для исследовательских целей (107).

В Италии принят другой подход. Там действует трибунал по вопросам прав пациентов. В состав трибунала входят обычные граждане, которые добровольно осуществляют наблюдение за качеством медицинских

услуг, занимаются рассмотрением жалоб пациентов и отстаивают более гуманные методы управления учреждениями здравоохранения. Представители трибунала участвуют в работе каждого органа здравоохранения по всей Италии.

Механизмом, с помощью которого потребители могут выразить свое неудовлетворение, является официальная процедура подачи жалоб. В некоторых европейских странах, в том числе в Соединенном Королевстве, за последние годы отмечается быстрый рост количества жалоб. Трудно установить, связано ли это с фактическим увеличением числа случаев проявления недовольства, повышением требований со стороны пользователей услуг или же с тем фактом, что теперь подача жалобы не связана с прежними трудностями.

В большинстве стран существуют официальные системы прохождения жалоб, а количество этапов их рассмотрения может озадачить потенциального подателя жалобы. В Соединенном Королевстве система рассмотрения жалоб недавно была пересмотрена (108). Истцы могут искать удовлетворение своих жалоб в рамках той или иной внутренней системы, и, если таковое не последует, они могут попросить о рассмотрении своей жалобы каким-либо комитетом, возглавляемым неспециалистом. Однако решение о том, следует ли созывать такой комитет, оставляется на усмотрение органа или объединения органов здравоохранения (109, 110).

Один из вопросов, связанных с системами подачи и рассмотрения жалоб заключается в том, что органы, рассматривающие жалобы, могут принимать решение лишь относительно дисциплинарных мер, поскольку вопросы финансовой компенсации обычно рассматриваются судами, особенно в тех случаях, когда между сторонами имеются разногласия. Финляндия предприняла попытку решения этой проблемы, приняв в 1987 году соответствующее законодательство. В рамках министерства социального обеспечения и здравоохранения был создан совет по вопросам ущерба, причиненного пациентам. Задача совета заключается в представлении рекомендаций относительно того, должна ли выплачиваться компенсация, и, если таковая истребуется, совет должен также дать свое заключение о сумме выплачиваемой компенсации. В Швеции на протяжении нескольких десятилетий функционирует страховой орган, управляемый национальным советом здравоохранения и социального обеспечения и финансируемый за счет небольших взносов на душу населения, выплачиваемых советами общин центральному фонду.

В Польше действуют несколько механизмов по подаче и рассмотрению жалоб. Система рассмотрения жалоб, в которой задействованы государственные бюрократические органы и которая действует на основе административного законодательства, не пользуется большим доверием у населения. Процедуры подачи жалоб пациентами предусмотрены также в рамках системы ассоциаций по самостоятельному регулированию профессиональной деятельности и, кроме того, пациенты могут подавать жалобы через омбудсмена по «правам пациентов».

ВЫБОР СТРАХОВЩИКА ИЛИ ВРАЧА, ИЛИ БОЛЬНИЦЫ

Вопрос о праве выбора в области здравоохранения является достаточно сложным. В различной степени и в различных сочетаниях в европейских странах пациентам позволяет выбирать тех, кто предоставляет медицинские услуги, т.е. врачей общей практики (ВОП), врачей-специалистов, больницы и/или своего больничного врача. В ограниченном числе стран граждане могут выбирать своего страховщика, хотя в странах Северной Европы в рамках фондов медицинского страхования эта возможность традиционно предоставлялась только людям с высоким уровнем доходов. Более того, в ряде стран некоторые пациенты (как правило, с хроническими или не требующими обязательного медицинского вмешательства состояниями) могут оказывать влияние на клинические решения относительно курса своего лечения (61).

Что касается выбора поставщика медицинских услуг, то в большинстве стран, где существуют бюджетные и страховые системы здравоохранения, гражданам разрешается выбирать своего ВОП (6, 111). Это право обычно действует в течение фиксированного периода (три месяца в Германии, один год в Дании), и лишь в нескольких странах требуется официальное утверждение сделанного выбора государственным регулирующим органом. Финляндия находится в числе тех нескольких стран Западной Европы, где до сих пор действует система закрепления граждан по определенным ВОП на том основании, что предоставление общих медицинских услуг является якобы более эффективным, когда все проживающие в каком-либо конкретном месте лечатся у одного врача или группы врачей. Однако те граждане Финляндии, которые в состоянии оплачивать услуги частного врача, могут пренебрегать этой государственной системой распределения по врачам общей практики.

Выбор специалиста и/или больницы для плановых процедур остается спорным вопросом. Между странами не существует какого-либо четкого консенсуса относительно того, должны ли пациенты иметь право обращаться непосредственно к врачу-специалисту или же, напротив, врачи общей практики должны выполнять функцию направления пациентов к врачам-специалистам (6, 111). Более подробно об этой проблеме говорится в разделе, посвященном ПМСП в главе 6 (с. 286–290).

Примеры обоих подходов можно найти как в бюджетных, так и в страховых системах здравоохранения. В Швеции пациенты могут сами обращаться к врачам-специалистам, тогда как пациенты в Финляндии и Соединенном Королевстве такой возможности не имеют. В Германии застрахованные пациенты могут самостоятельно обращаться к тому или иному врачу, тогда как в Нидерландах они этого делать не могут. В Дании около 2,5% населения выбирают страхование по Группе 2, при котором разрешается прямой доступ к врачу-специалисту, но при этом требуется дополнительная плата (112). Еще одной сложностью является то, что в рамках

некоторых бюджетных систем пациенты имеют право оплачивать из своего кармана посещение частного врача-специалиста (в Финляндии, например, оплачивать разницу между фактическими расходами и суммой, оплачиваемой за счет социального страхования).

Выбор больницы осуществляется по такой же схеме, как и обращение к врачу-специалисту. С 1991 года в Швеции и с 1993 года в Дании пациентам разрешается выбирать больницы для плановых процедур. Это было сделано с целью сокращения времени ожидания и для стимулирования более эффективной работы больниц, а также для того, чтобы пациенты могли лучше контролировать свое лечение в рамках государственной системы здравоохранения. В противоположность этому в Соединенном Королевстве развитие договорной системы привело к ограничению права выбора пациента теми больницами, которые заключили договора с ВОП — фондодержателями или районным отделом здравоохранения, обслуживающим определенное население. Хотя промежуточные оценки указывают на то, что в достижении этих целей более широкий выбор является более предпочтительным по сравнению с ограниченным выбором (113), окончательные выводы можно будет сделать лишь на основании соответствующего сравнительного анализа.

Выбор страховщика также является спорным вопросом, детальный анализ которого приводится в главе 4. Здесь достаточно отметить, что только в одной стране европейского региона (в Израиле) в настоящее время действует всеобщая система страхования, в рамках которой граждане выбирают одну из нескольких конкурирующих частных страховых компаний. Согласно опыту Нидерландов попытки внедрить элементы конкуренции между страховыми компаниями создают непреодолимые препятствия с точки зрения поддержания принципа солидарности (61, 67, 114). Страхование на конкурентной основе оказалось также весьма дорогостоящим и приносит мало пользы с точки зрения предоставления дополнительных услуг.

Лишь в отдельных случаях пациенты имеют возможность повлиять на клинические решения (6). Так, например, в некоторых странах пожилым пациентам могут предложить сделать выбор между направлением в дом престарелых или получением необходимой медицинской помощи на дому.

ОЦЕНКА: ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛИТИКЕ

Имеющиеся на сегодняшний день данные относительно влияния этих изменений на участие населения и свободу выбора получены главным образом по результатам исследований, проведенных в Соединенном Королевстве. Данные обследований (115, 116) говорят о том, что это влияние является смешанным по своему характеру. Так, например, Bruster и др. (115) в своем исследовании, посвященном изучению мнений пациентов о лечении в больницах, указывает на то, что установленные в Хартии

пациента нормы и стандарты не соблюдаются в том, что касается получения разъяснений относительно лечения, доступа к историям болезни, права соглашаться или отказываться от участия в обучении студентов и гарантированного доступа в больницы в пределах двух лет с момента включения в список ожидающих своей очереди.

Данные проведенного в Великобритании обследования социального поведения (116) свидетельствуют о том, что реформы, как представляется, привели к снижению потребностей в расходах на здравоохранение и помогли восстановить доверие к качеству работы служб здравоохранения. Однако население не убеждено в том, что его мнение относительно того, насколько эффективно функционируют органы здравоохранения, действительно принимается во внимание. В 1987 году почти две трети граждан страны полагали, что если перед больницей будет стоять выбор между облегчением жизни пациентам или врачам, то эта больница предпочтет сделать выбор в пользу пациентов. В 1993 году лишь немногим более половины граждан считали, что больницы сделают подобный выбор, тогда как более четверти полагали, что они определенно или вероятно будут иметь право решать, в какую больницу обращаться в том случае, если им предстоит сделать операцию. Было также внесено предложение (117) о том, чтобы ограничения на сроки нахождения в списках ожидающих своей очереди распространялись и на менее важные аспекты ожидания. Картрайт и Виндзор (117) обнаружили, что у пациентов гораздо большее недовольство вызывает задержка между сроком обращения их ВОП и приемом в амбулаторное отделение, чем решение включить их в список ожидающих очереди.

Данные относительно влияния системы ВОП-фондодержатель на выбор пациентов являются ограниченными. Поэтому на их основании трудно сделать какие-либо выводы (118). Пока неосуществимы надежды на то, что в результате внедрения этой системы фонды будут следовать за пациентом и оказывать влияние на выбор путем отбора лучших поставщиков услуг, поскольку фондодержатели обычно поддерживают свои местные больницы. Согласно последнему докладу аудиторской комиссии (119) приписанные к фондодержателям пациенты имеют лучший доступ к услугам больниц благодаря более коротким спискам ожидающих очереди. Однако в проведенном ранее исследовании отмечалось, что участвующие в ВОП-фондодержатели не многим отличаются от врачей, не участвующих в системе фондодержания, по такой характеристике, как учет предпочтений пациентов (120).

Существуют другие области, где политика Соединенного Королевства была направлена на расширение права выбора, где цель реформ заключалась в том, чтобы побудить пациентов действовать подобно потребителям и выбирать по своему усмотрению необходимые медицинские услуги, однако подобный подход вызывает скептицизм у некоторых наблюдателей, например у Leavy, R (121). Они задаются вопросом о мотивации

пациентов, необходимой для того, чтобы действовать в качестве потребителей, и выражают сомнения относительно их желания заниматься поиском медицинских услуг. Например, для тех, кто страдает хроническими заболеваниями, возникающее в ходе болезни сочетание надежды и доверия может послужить мощным стимулом для того, чтобы не предпринимать никаких изменений. Одно из последних исследований показало, что новая система не привела к более частой смене пациентами одних врачей общей практики другими (122).

Аналогичным образом, хотя увеличение в Соединенном Королевстве доли населения, охватываемого частным медицинским страхованием, стабилизировалось, к нему по-прежнему прибегают в основном состоятельные граждане. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что использование частного медицинского страхования лишь незначительно повышает свободу выбора, которой обладает потребитель (123). Те, кто прибегал к услугам частных учреждений здравоохранения, отмечали качество оборудования, обращение и удобства, связанные с возможностью выбирать время лечения, однако при этом практически отсутствуют сведения относительно выбора между частным и государственным секторами. Пациенты обладали ограниченной информацией о стоимости лечения и считали себя недостаточно компетентными для оценки профессиональных качеств различных консультантов, чтобы сделать выбор на основе полной информации. Вместо поиска наилучшего варианта с точки зрения квалификации и стоимости они полагаются на своего ВОП при решении вопроса о том, следует ли им прибегать к лечению в частном медицинском учреждении, и, если да, к какому врачу-консультанту они должны обращаться. Это означает, что пациенты будут по-прежнему находиться в зависимости от специалистов в области медицины и что вопрос заключается в том, каким образом регламентировать такую зависимость (124).

Что касается последствий предпринимаемых покупателями медицинской помощи попыток консультироваться с местным населением, то существует огромное количество литературы об используемых методах (109, 110, 125) — начиная от обследований и процедур быстрой оценки и кончая собраниями местного населения и групп пациентов. Имеющихся данных явно недостаточно для того, чтобы оценить эти методы консультаций. Поэтому трудно установить являются ли они искренней попыткой учесть мнение населения или же формальностью, отражающей манипуляции администрации (126). Существует также вопрос о внутренней организационной структуре органов здравоохранения и о той степени, в которой мнение общественности, если оно выражено, действительно оказывает влияние на процесс принятия решений.

Что касается определенного нормирования медицинских услуг, то оплачивающие их органы иногда предлагают населению сформулировать свои приоритеты (127). Это та задача, которую граждане, как представляется, выполняют с нежеланием (128), заявляя, что она является в

основном прерогативой медицинских работников. Принятая во многих из этих исследований методика была подвергнута критике как по соображениям этики, так и из-за неточного отражения положения всех слоев населения общины.

ВЫВОДЫ

Этот краткий обзор, основанный на опыте отдельных стран, показывает сходство и различие в проводимой политике, а также в некоторых случаях свидетельствует о ее эффективности. Одни страны (например, Соединенное Королевство) приняли подход, основанный на моральном убеждении, тогда как другие (такие, как Финляндия) приняли более радикальные акты государственного законодательства, направленные на расширение прав пациентов и обеспечение участия населения. В Италии принятая политика сформировалась на базе социального движения, а не была разработана и спущена вниз директивными органами. Пока еще собрано недостаточно данных для того, чтобы провести сравнительную оценку наиболее эффективных механизмов представления мнений потребителей относительно медицинского обслуживания.

Возрастающая роль системы охраны общественного здоровья

Дебаты относительно реформы системы охраны здоровья населения зачастую фокусируются главным образом на вопросах, связанных с предоставлением услуг и поиском путей организации, финансирования и оказания медицинской помощи наиболее рациональным с экономической точки зрения способом. Меньше внимания уделялось ключевым аспектам спроса на медицинские услуги, в частности тому, каким образом можно было бы сократить потребность в медицинских услугах путем совершенствования главных показателей здоровья населения (129). Это происходит несмотря на то, что большинство европейских стран официально приняли политику как реформирования системы охраны общественного здоровья, так и обеспечения здоровья населения, примером которой может служить стратегия здоровья для всех (130).

Здесь возникают два важных вопроса. Первый касается важности обеспечения того, чтобы реформы сектора здравоохранения способствовали улучшению здоровья населения. Суть второго вопроса сводится к тому, в какой степени надежная система охраны общественного здоровья при наличии необходимой квалификации специалистов может способствовать планированию и осуществлению реформ сектора здравоохранения.

Если конечная цель сектора здравоохранения заключается в максимальном укреплении здоровья населения, то реформирование служб здра-

воохранения должно быть частью более широкой стратегии, в рамках которой признается влияние общих социальных, физических и экономических условий на состояние здоровья людей (131) и наоборот (132). Основные показатели здоровья связаны с этими областями, в которых заложен наибольший потенциал для его укрепления. Действительно, стоящие перед Европой основные проблемы в области здравоохранения требуют проведения политики, которая охватывала бы широкий круг вопросов, включая распределение доходов, занятость, образование, транспорт и сельское хозяйство.

Развитая система охраны общественного здоровья, позволяющая оценивать потребности в медицинских услугах, определять, создавать и обеспечивать функционирование соответствующих служб здравоохранения, является важным фактором успешного осуществления программ по реформированию системы. Такой подход становится все более важным, поскольку реформы направлены на повышение эффективности оказания медицинской помощи.

Для создания современной системы охраны общественного здоровья страны должны обладать техническим потенциалом, позволяющим оценивать потребности в области охраны здоровья и обеспечения медицинских услуг, возможность выработки эффективной и реально осуществимой политики, а также механизмов по обеспечению межсекторальных действий и осуществлению мер, направленных на укрепление здоровья населения. Несмотря на растущую информированность о роли системы охраны общественного здоровья, этот вопрос в некоторых программах по осуществлению реформ проработан все еще недостаточно.

Эти вопросы рассматриваются в данном разделе главным образом под углом реформы сектора здравоохранения. В нем рассказывается о дискуссии по вопросу об определении термина «система охраны общественного здоровья», а также по вопросу о межсекторальном аспекте охраны общественного здоровья. В этом разделе говорится о том, что функционирование системы охраны общественного здоровья связано с широким спектром органов, действующих в различных секторах, а также отмечаются те компоненты системы охраны общественного здоровья, которые существуют в рамках сектора охраны здоровья населения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНА «СИСТЕМА ОХРАНЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ»

С самого начала необходимо определить, что понимается под охраной здоровья, поскольку на протяжении ряда лет в различных местах этому давались разные определения. Например, в одной из последних работ в Венгрии для описания конкретных аспектов системы охраны общественного здоровья использовалось семь различных слов (133), которые означали целый ряд понятий от традиционной гигиены до такого понятия,

которое может вольно толковаться как социальная медицина. В Венгрии, как и в ряде других стран, некоторые термины, переводимые как «общественное здоровье», такие, как немецкий термин *Volksgesundheit*, имеют историческую коннотацию, делающую их политически неприемлемыми.

Более 40 лет тому назад в 1952 году Комитет экспертов ВОЗ по организации охраны общественного здоровья (134), основываясь на определении, которое в 1923 году дал Винслов (135), заявил, что охраной общественного здоровья является:

наука и искусство предотвращения болезней, продолжения жизни и обеспечения умственного и физического здоровья и эффективной деятельности людей с помощью предпринимаемых обществом организованных усилий по оздоровлению окружающей среды, борьбы с инфекциями, обучения людей личной гигиене, организации врачебной и медицинской помощи для ранней диагностики и профилактики заболеваний, а также развития социальных механизмов с целью обеспечения каждому человеку уровня жизни, необходимого для поддержания здоровья при такой организации обеспечения этих благ, когда каждый гражданин получает возможность реализовать свое неотъемлемое право на здоровую и продолжительную жизнь.

Влияние этого определения можно заметить в двух широко используемых определениях. В первом определении, данном американским институтом медицины, говорится об «организованных усилиях сообщества, направленных на предупреждение болезней и укрепление здоровья» (136), а во втором определении, взятом из доклада Комитета Ачесона о перспективах здравоохранения в Англии (137), говорится, что охрана общественного здоровья это «наука и искусство предотвращения болезней, продолжения жизни и обеспечения здоровья с помощью организованных усилий общества».

Эти определения являются чрезвычайно общими и не содержат конкретного упоминания лечебного сектора как такового. На практике во многих странах службы охраны общественного здоровья действуют отдельно от лечебных учреждений. Однако растет признание того факта, что эти два сектора в интересах каждого из них должны действовать совместно. Лечебному сектору не следует проявлять пассивность по отношению к тем, кто нуждается в медицинской помощи, а необходимо также предпринимать превентивные меры. Система охраны общественного здоровья может содействовать организации предоставления медицинских услуг, предлагая меры, направленные на население в целом, и оказывая помощь в разработке политики по повышению эффективности служб здравоохранения.

Эти концепции занимают центральное место в рамках «движения за охрану нового общественного здоровья», которое подчеркивает, что охрана общественного здоровья охватывает широкий спектр видов деятельности, включая медицинскую помощь, которые направлены на охрану, обеспече-

ние и укрепление здоровья населения (Bernard, К., неопубликованные данные, 1995 год). В подробном определении, данном Frenk (138), говорится:

Охрана нового общественного здоровья связана с систематическими усилиями по выявлению потребностей в медицинских услугах и с организацией всеобъемлющих служб здравоохранения с учетом четко определенного состава населения. В этой связи оно включает процесс сбора информации, необходимой для определения состояния здоровья населения и мобилизации ресурсов, требуемых с учетом этого состояния. В этом отношении суть охраны общественного здоровья заключается в укреплении здоровья населения. Поэтому оно охватывает организацию подбора персонала и оборудования для обеспечения всевозможных медицинских услуг, необходимых для укрепления здоровья, предупреждения болезней, диагностики и лечения заболеваний, а также физической, социальной и профессиональной реабилитации.

МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Определяющие показатели состояния здоровья проявляются на нескольких уровнях. В первом случае существуют различия в генетических факторах, когда некоторые люди в большей степени подвержены заболеваниям, чем другие. Быстро растет понимание роли генетики, которое базируется на совокупных результатах эпидемиологических исследований, таких, как исследования близнецов, родословных и приемных детей, а также на новых лабораторных методах, которые позволяют выявлять как гены, так и связанные белки, участвующие в заболевании. В нескольких случаях обычно связанных с отдельным геном или хромосомной аномалией, можно проследить, что они являются причиной заболевания. В более общем плане они являются лишь индикатором предрасположенности к болезни, которая проявляется лишь при наличии других факторов.

Второй ряд факторов касается образа жизни и окружающей среды; эти факторы включают потребление табака и алкоголя, диеты и причины несчастных случаев. Здесь можно проследить тесную связь с конкретными заболеваниями, хотя даже в этом случае данные о характере связей, например о роли питательных элементов в сердечно-сосудистых заболеваниях и заболеваниях сосудов головного мозга, поступают весьма медленно. Наконец, существует ряд факторов, которые оказывают менее конкретное воздействие и влияют на уровни сердечно-сосудистых и раковых заболеваний, количество несчастных случаев и состояние умственного здоровья. В число этих факторов входят неравенство в доходах, ощущение личного одиночества и социальная поддержка. Данные о важности этих факторов становятся все более убедительными (34, 139). Хотя механизмы их действия нуждаются еще в прояснении, растет объем данных о важном значении связи между психологическими факторами и иммунной системой.

Эти различные факторы могут также взаимодействовать, о чем свидетельствует случай с курением. Курильщик с генетически предопределенным высоким уровнем содержания холестерина в крови будет испытывать большую угрозу сердечного приступа, чем кто-либо другой, не имеющий такой генетической предрасположенности. Кроме того, люди с относительно низким уровнем дохода с большей степенью вероятности будут курильщиками и при определенном уровне потребления табака заболевание их раком легких будет более вероятным.

Только сейчас в полной мере начинает пониматься характер связей между бедностью и ослабленным здоровьем, хотя основная посылка уже признается на протяжении многих лет. Еще в середине девятнадцатого столетия такие исследователи, как Вирчов, призывали к изменению социальной политики (140). Практика фиксирования при переписи населения и на свидетельствах о смерти рода занятий или профессий в таких странах, как Соединенное Королевство, способствовала неуклонному расширению исследований зависимости между бедностью и состоянием здоровья. В опубликованной в 1980 году «черной книге» (141) иллюстрируются не вызывающая никаких сомнений связь между социальной нищетой и плохим состоянием здоровья.

Растущая осведомленность о сложном характере показателей здоровья привела к появлению нового подхода к его укреплению, основанному на многофакторной концепции здравоохранения. Этот подход был четко изложен в основополагающем докладе канадского правительства 1974 года под названием «Новый взгляд на здоровье канадцев» (42). В этом исследовании, часто называемом в честь его руководителя докладом Лейлонда, излагается концепция «поля здоровья», согласно которой состояние здоровья рассматривается как продукт образа жизни, влияния окружающей среды, биологии человека и здравоохранения. Этот подход положен также в основу общей стратегии европейского здравоохранения, принятой ВОЗ десять лет спустя, в 1984 году (142), а также Оттавской хартии здравоохранения, принятой в 1986 году (143), в которой указываются пять направлений деятельности:

- разработка общественной политики укрепления здоровья,
- создание благоприятной окружающей среды,
- усиление общественной активности,
- развитие личных умений и знаний,
- переориентация служб здравоохранения.

Эти принципы служат укреплению роли охраны общественного здоровья и позволяют отдельным лицам и общинам повысить контроль за показателями здравоохранения (143). Центральным аспектом этого подхода является необходимость межсекторальных действий. Если такие факторы, как бедность, питание и потребление табака, являются одной из основных причин заболеваний, то необходимо задействовать широ-

кий круг учреждений. В их число входит центральное и местные правительства, неправительственные организации и общественные группы, а также частные организации.

Межсекторальные программы могут проводиться с помощью как формальных, так и неформальных механизмов с привлечением государственных и частных организаций, граждан, действующих как по отдельности, так и совместно, а также различных органов, существующих в рамках сектора здравоохранения и вне его. Кроме того, многие стратегии, проводимые для достижения целей, не касающихся непосредственно здоровья, таких, например, как развитие местных общин или перераспределение материальных ценностей, могут иметь серьезные последствия для здоровья людей.

Одним из наиболее известных примеров межсекторального подхода является предпринятый ВОЗ проект создания сети «городов здоровья», которая объединяет около 650 городов в Европе и более 1 000 городов по всему миру. В рамках этого движения местные правительства и широкий круг государственных и добровольных учреждений и организаций объединились с целью разработки и осуществления местных стратегий здравоохранения. Намеченные области деятельности включают укрепление здоровья населения, экологическое регулирование, социальную поддержку уязвимых групп населения и программы, касающиеся равенства, передачи общинам соответствующих прав и сводного планирования в области здравоохранения. Эти и другие ориентированные на общину программы, такие, как проект «Северная Карелия» (145), в котором ставилась задача снижения высоких уровней сердечных заболеваний в Финляндии, продемонстрировали свою эффективность в плане изменения поведения людей и тем самым укрепления их здоровья.

На национальном уровне несколько европейских стран разработали или разрабатывают стратегии в области здравоохранения с учетом такого межсекторального подхода. Одним из примеров является принятая в Соединенном Королевстве стратегия укрепления здоровья населения (146), однако аналогичные стратегии разрабатываются в Люксембурге, Нидерландах, Турции, Франции и Швейцарии. Некоторые страны ЦВЕ и СНГ, такие, как Литва, Польша, Словения, Чешская Республика и Эстония, также разрабатывают стратегии, в основе которых лежат принципы межсекторальных действий и обеспечения здоровья населения. Для координации деятельности по выработке политики в области здравоохранения в различных странах, включая Болгарию, Венгрию, Данию, Ирландию, Соединенное Королевство и Финляндию (147), были созданы межминистерские или междепартаментские комиссии. Эти комиссии выполняют функции формального механизма, в задачу которого входит включение в политическую повестку дня вопросов здравоохранения, хотя, естественно, они не могут гарантировать, что этим вопросам будет уделено должное внимание.

РЕФОРМИРОВАНИЕ СЛУЖБ ОХРАНЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

В отдельных странах Европы термин «службы охраны общественного здоровья» охватывает разные элементы. В странах ЦВЕ и СНГ и в некоторых частях Южной Европы этот термин имеет весьма узкое толкование и охватывает лишь несколько конкретных аспектов здравоохранения, таких, как вредные факторы окружающей среды и инфекционные болезни. В других странах этот термин имеет более широкое толкование и охватывает все аспекты охраны здоровья населения.

В официальных международных документах мало говорится о том, что представляют собой службы охраны общественного здоровья. Некоторую помощь может здесь оказать опубликованный в Соединенном Королевстве доклад Ачесона (137), в котором охрана общественное здоровья определяется, как:

отрасль медицины, специализирующаяся на охране здоровья населения. Ее основными задачами являются наблюдение за состоянием здоровья населения, выявление потребностей здравоохранения, проведение политики, направленной на укрепление здоровья людей, и оценка деятельности служб здравоохранения.

Это определение является хорошим, достаточно широким рабочим определением, хотя следует признать, что функции служб охраны общественного здоровья, выходят далеко за пределы собственно оказания медицинских услуг населению. Действительно, несмотря на различия в темпах прогресса отдельных стран в области здравоохранения, существует общая тенденция по выработке более многоотраслевой модели служб здравоохранения, в которой важную роль играли бы также социологи, немедицинские эпидемиологи, политические аналитики и экономисты.

С учетом различных точек зрения на службы охраны общественного здоровья реалистичный подход заключается в изучении основных функций, которые являются общими для большинства систем, и в признании того факта, что зачастую эти системы отражают различные лежащие в их основе предпосылки и организованы на базе множества принципов. Эти принципы рассматриваются здесь в рамках пяти основных направлений (148): борьба с инфекционными болезнями и гигиена окружающей среды; предоставление услуг конкретным группам населения; укрепление здоровья населения; создание, планирование работы и оценка деятельности служб здравоохранения; и исследовательская работа в области охраны общественного здоровья.

Борьба с инфекционными заболеваниями и гигиена окружающей среды

Эти два вопроса рассматриваются вместе, поскольку исторически борьба с инфекционными болезнями и гигиена окружающей среды играют

основную роль в области здравоохранения. Во многих странах система охраны общественного здоровья все еще сконцентрирована на этих двух традиционных функциях. Недавнее открытие новых инфекций, в частности инфекций, вызываемых бактериями, устойчивыми к антибиотикам, вновь подтвердило важность этой роли. Действительно, ВИЧ-инфекция и СПИД, как считают некоторые, взволновали общество в такой мере, в какой это не отмечалось со времен «черной смерти» в средние века. Во Франции и Швейцарии благодаря ВИЧ на национальном уровне произошло серьезное укрепление роли охраны общественного здоровья. Однако несмотря на продолжительную традицию борьбы органов охраны общественного здоровья с инфекционными заболеваниями, существуют серьезные различия в применяемых в отдельных странах методах этой борьбы.

На организационном уровне различия между странами заключаются в том, возлагается ли ответственность за оперативную деятельность на местное правительство, как это имеет место в Германии и Скандинавских странах, на службу здравоохранения, как это имеет место в Италии и странах ЦВЕ, или же эта ответственность разделяется, как это имеет место в Соединенном Королевстве, где собственно медицинские услуги оказываются службой здравоохранения, а гигиена окружающей среды является прерогативой местного правительства. Практически пока еще трудно сделать вывод, какой из вышеназванных подходов является более эффективным. Более важным представляется то обстоятельство, что независимо от того где находятся службы здравоохранения, необходимо обеспечить прочные формальные и неформальные связи с другими участвующими органами в рамках системы здравоохранения или в рамках других государственных учреждений, а также тесные связи между врачами-практиками и лицами, формулирующими политику.

Имеются также серьезные различия между методами, используемыми при наблюдении за вспышками заболеваний и их исследовании. Эти различия, как представляется, являются более важными, чем организационные аспекты. Например, лишь в нескольких странах действуют хорошо разработанные системы контроля с быстрой передачей информации из лабораторий больниц (149). В странах ЦВЕ и в некоторых странах Южной Европы изучение эпидемий основано на микробиологических методах, и такой достаточно узкий подход зачастую не позволяет выявить факторы, помогающие избежать опасности. Этот контроль часто оказывается неэффективным, когда используются организмы, для которых характерны особые требования в отношении культур, и когда отсутствуют эпидемиологические критерии, которые могли бы указать на необходимость соответствующего наблюдения за ними. В противоположность этому страны Западной Европы, признавая важность лабораторной работы, уделяют больше внимания скоординированному подходу, который включает эпидемиологические исследования, основанные на изучении случаев

заболевания и механизмы выработки политики по устранению факторов установленной опасности со стороны инфекции.

Хотя борьба с инфекционными заболеваниями многими рассматривается как не имеющая прямого отношения к реформе системы здравоохранения, между ними существует определенная взаимозависимость. Любая неудача в борьбе с инфекционными заболеваниями может иметь серьезные экономические последствия для служб здравоохранения как в плане прямых расходов на лечение инфицированных пациентов (150), так и в плане расходов, которые общество несет в связи с эпидемией; например, закрытие пищевых фабрик может отразиться на росте национальной экономики (151). Реформа сектора здравоохранения может также затронуть существующие системы наблюдения и борьбы с инфекционными заболеваниями. Во многих странах, особенно в странах с большим числом независимых врачей и медицинских учреждений, не разработаны всеобъемлющие системы наблюдения. Это может привести к тому, что эпидемии будут оставаться нераспознанными. Реформа сектора здравоохранения, которая ведет к дроблению сети лабораторий, может поставить под угрозу предпринимаемые меры по осуществлению наблюдения (152).

Существующие различия можно также наблюдать и в подходе к гигиене окружающей среды. Некоторые системы, например санитарные и эпидемиологические станции (санэпидстанции) в странах ЦВЕ, лишь частично контролируют вопросы загрязнения окружающей среды. Этим странам надлежит разработать более современные многосторонние подходы, в рамках которых были бы задействованы специалисты в области географии, экономики, политического анализа и математического моделирования, а также отказаться от существующей модели, основанной на превалировании медицины. Оптимальной моделью является модель, при которой экологический контроль основан на сочетании воздействия на состояние здоровья населения и мониторинга за ним с обеспечением возможности интеграции этих двух элементов, а также разработки и осуществления соответствующих ответных мер, охватывающих экономические, просветительские и регламентирующие аспекты. Ни одной европейской стране не удастся достичь этого идеала, однако некоторые из них, например Нидерланды, добились на этом пути большего прогресса, чем другие.

Определенную озабоченность вызывают широкие колебания в качественном уровне принятых стратегий в области борьбы с инфекционными заболеваниями и гигиены окружающей среды. ЕЭС поддерживает проекты, направленные на выработку согласованных определений, подлежащих использованию в рамках деятельности по наблюдению, а также на быстрое развитие сетей связи. Это предпринимается частично в ответ на осознанную угрозу, которую несет растущая мобильность населения, а также на появление новых болезней, таких, как ВИЧ-инфекция и СПИД и передающиеся губкообразные энцефалопатии. Правительствам также необходимо принять меры по обеспечению развертывания эффективных систем наблюдения и борьбы с эпидемиями.

Предоставление услуг конкретным группам населения

Второй областью, в которой участвует система охраны общественного здоровья, является предоставление услуг для конкретных групп населения, таких, как дети (включая школьное здравоохранение), пожилые, умственно неполноценные, а также страдающие от таких болезней, как туберкулез. Обычно подобная задача возникает в связи с отсутствием возможности предусмотреть финансовые или другие стимулы, которые были бы достаточно привлекательными для независимых врачей, чтобы они взяли на себя заботу о подобных группах населения. В результате ответственность за них взяло на себя государство. В странах, в которых действуют системы социального страхования, услугами служб здравоохранения первоначально пользовались только работающие — главным образом мужчины —, в то время как государственная система здравоохранения представляла услуги безработным, а также матерям и детям. Однако даже когда правительство отвечало за все службы здравоохранения, как это имело место в случае модели Бевериджа в Соединенном Королевстве или в случае модели Семашко в СССР, обе системы продолжали действовать раздельно. В некоторых странах, таких, как Бельгия и Нидерланды, некоторые из этих услуг предоставляются неправительственными организациями.

Государственные службы охраны здоровья все в большей мере интегрируются с независимыми службами здравоохранения. Это отражает признание того факта, что наличие двух отдельных вертикальных систем часто приводит к дублированию существующих служб и к снижению качества предоставляемых услуг (153). Существует также общая тенденция к развитию комплексных моделей ПМСП, когда семьи будут пользоваться единым центром связи со службами здравоохранения (см. вставку 11). В результате этого система охраны общественного здоровья утрачивает свою роль в области непосредственного предоставления услуг для групп населения с особыми потребностями. Например, в Германии с начала 70-х годов происходила постепенная передача ответственности за предоставление услуг по профилактической медицине от служб охраны общественного здоровья фондам медицинского страхования (154).

В странах, где государственные системы здравоохранения продолжают оказывать услуги особым группам населения в рамках отдельных централизованно реализуемых программ, происходит интеграция этой деятельности с деятельностью независимых медицинских служб. Однако упразднить до сих пор действующие в странах ЦВЕ и СНГ централизованные системы в надежде на то, что предоставляемые ими услуги будут предоставляться независимыми службами, недостаточно. Во многих странах эти программы были разработаны в связи с тем, что другие врачи и медицинские учреждения не могли удовлетворить потребности неимущего населения. Кроме того, будет трудно осуществить адекватную замену там, где не созданы надежные системы ПМСП.

В с т а в к а 11. Предоставление профилактических услуг в рамках ПМСП в Соединенном Королевстве

В Соединенном Королевстве ответственность за состояние здоровья детей и иммунизацию в основном несут ВОП. Высокий уровень иммунизации был достигнут благодаря использованию системы договорных выплат ВОП, если они достигают определенных плановых показателей. Мониторинг осуществляется сотрудниками служб системы охраны общественного здоровья, работающими в здравоохранительных органах, которые могут давать рекомендации и обеспечивать поддержку, если возникают трудности с выполнением поставленных задач. Потребности в обслуживании пожилых, а также умственно неполноценных удовлетворяются специалистами, работающими в рамках так называемой «системы первично-вторичной медико-санитарной помощи». Эта система призвана содействовать преодолению маргинализации подобных уязвимых групп населения и вытеснению их из основной сферы действия служб здравоохранения.

Интеграция должна осуществляться с учетом ясных и реальных целей при наличии эффективных систем мониторинга и обратной связи и обеспечении возможности для тех, кто несет ответственность за осуществление изменений, использовать целый ряд механизмов. В некоторых случаях необходимо будет работать на основе договорных отношений между покупателями медицинских услуг и теми, кто их предоставляет. Необходимо будет разработать сложную комбинацию рычагов, включая не только финансовые стимулы, но и меры финансового контроля и другие формы регулирования. Следует иметь в виду, что вполне возможно сохранение некоторых параллельных служб, таких, как службы, занимающиеся реализацией программ планирования семьи, направленных на подростков, и клиники по лечению венерических болезней, в тех странах, где культурные традиции могут служить для людей препятствием для обращения за помощью к своим ВОП.

Что касается борьбы с инфекционными заболеваниями, то здесь опасно любое стремление обеспечить больший плюрализм в предоставлении медицинских услуг бактерионосителям. В странах, где существуют комплексные службы, появление конкурирующих врачей и медицинских учреждений может привести к разрыву тщательно отлаженных связей.

Укрепление здоровья

Как отмечалось ранее, принятая в некоторых странах модель укрепления здоровья основана на межсекторальном подходе, предусматривающем использование специалистов из целого ряда областей, включающих

эпидемиологию, социальную политику, психологию, маркетинг, антропологию и экономику. Однако в нескольких странах в основе принимаемых мер все еще лежит устаревшая медицинская модель, базирующаяся на недостаточно скоординированных программах профилактической медицины и санпросвещения.

Деятельность по укреплению здоровья населения не занимает центральное место в рамках реформируемого сектора здравоохранения. В странах ЦВЕ и СНГ работа по укреплению здоровья населения является относительно новым видом деятельности. Одно из препятствий на пути развития такого направления деятельности, как укрепление здоровья, связано с последними мерами по внедрению системы медицинского страхования, при которой охват населения не обязательно является универсальным и может определяться индивидуальными взносами. В число других препятствий входит непонимание того, с чем связана деятельность по укреплению здоровья, отсутствие соответствующей инфраструктуры и сопротивление со стороны традиционных систем охраны общественного здоровья.

Однако несколько стран признали важность создания в рамках системы здравоохранения такого направления деятельности, как укрепление здоровья населения. Например, в Болгарии министерство здравоохранения создало национальный центр укрепления здоровья, которому отводится ведущая роль в осуществлении национальной стратегии в области здравоохранения. Этот центр начинает заниматься развитием потенциала по укреплению здоровья в рамках сектора здравоохранения и вне его. В Эстонии после принятия в 1994 году системы здравоохранения, основанной на страховании, национальный совет медицинского страхования решил выделять на деятельность в области охраны общественного здоровья 0,5% от своих общих доходов. Таким образом, была создана прочная основа финансирования для развития деятельности по укреплению здоровья. Согласно законодательству об организации здравоохранения ответственность за охрану здоровья и оказание населению медицинской помощи возлагается на врачей общин. Эти врачи вместе с врачами-специалистами прошли подготовку в области укрепления здоровья и начинают проводить соответствующие мероприятия на уровне общин и местном уровне (155).

Как показывают эти примеры, развитие в некоторых странах ЦВЕ системы укрепления здоровья происходило в зависимости от местных условий, заинтересованности и наличия соответствующих специалистов. Успех работы по укреплению здоровья населения, как представляется, зависит от национального подхода, находящего свое отражение в законодательстве и проводимой политике в области здравоохранения. Крайне важное значение имеет также наличие национального центра по укреплению здоровья, обладающего достаточными средствами для проведения работы по созданию потенциала в области укрепления здоровья. Любая реорганизация системы здравоохранения должна обеспечивать

интеграцию мер по укреплению здоровья в систему предоставления медицинских услуг. В этом смысле важное значение имеет определение роли укрепления здоровья в рамках ПМСП.

В странах Западной Европы влияние реформ на деятельность по укреплению здоровья населения в рамках системы здравоохранения проявляется по-разному. В некоторых странах, где существует социальное страхование, например во Франции и Германии, фонды медицинского страхования занимаются некоторыми видами деятельности в области укрепления здоровья, которые отражаются в ведомостях о компенсации услуг врачей, практикующих в рамках ПМСП. Во вставке 12 иллюстрируется влияние реформ сектора здравоохранения в Соединенном Королевстве на деятельность по укреплению здоровья населения.

В целом стремление сдерживать расходы на услуги больниц привело к смещению акцента в сторону ПМСП. Политика укрепления служб ПМСП

Вставка 12. Реформы сектора здравоохранения и деятельность по укреплению здоровья населения в Соединенном Королевстве

В Соединенном Королевстве реформы здравоохранения обеспечили некоторые возможности для организации работы по укреплению здоровья в рамках привлечения к ней медицинских служб, а также предоставления услуг в области укрепления здоровья. Возможности оказания принципиального влияния способствовала также стратегия обеспечения здоровья нации, в осуществлении которой лидирующая роль отводилась НСЗ. Учет показателей национальной системы здравоохранения в рамках регламентирующей системы привел к тому, что в местных планах закупок наряду с установленными на местном уровне приоритетами в области здравоохранения находят также отражение и задачи национального масштаба. Кроме того, в договорах, заключаемых с ВОП, содержится обращенное к ним конкретное требование давать пациентам соответствующие рекомендации относительно укрепления здоровья. Это важное нововведение, которое ежегодно подвергается корректировке.

Покупка услуг по укреплению здоровья на основе договоров привела к проведению оценки вмешательств, связанных с укреплением здоровья, как в клиническом плане, так и в плане эффективности затрат. Оценка деятельности по укреплению здоровья подняла также вопросы о том, каким образом процесс укрепления здоровья видится в рамках системы здравоохранения и в какой мере оценочные критерии должны отражать дополнительные показатели успешной деятельности, такие, как обеспечение равенства.

в различных странах проводилась по-разному. Однако этот новый акцент на ПМСП дает возможность обеспечить укрепление здоровья населения и профилактику болезней.

В долгосрочном плане потребность в сокращении затрат на здравоохранение и спроса на медицинские услуги неизбежно приведет к уделению большего внимания вопросам укрепления здоровья и повышению эффективности клинических вмешательств и вмешательств, связанных с укреплением здоровья. Трудности, связанные с определением эффективности деятельности по укреплению здоровья на основе показателей, сравнимых с показателями клинической эффективности, привели к тому, что укрепление здоровья населения не играло центральной роли в реформе сектора здравоохранения. Потенциал деятельности по укреплению здоровья не будет осознан в полной мере до тех пор, пока не будут найдены убедительные средства оценки вмешательств, связанных с укреплением здоровья, которые удовлетворяли бы потребности руководителей, практикующих врачей и организаторов системы здравоохранения. Не в полной мере были также использованы возможности более активной работы по укреплению здоровья в рамках ПМСП.

Работа по укреплению здоровья требует признания ее необходимости на стратегическом уровне. Необходима также эффективная инфраструктура, на которую могли бы опираться организаторы здравоохранения на местном и государственном уровнях. Те, кто работает в области укрепления здоровья, должны устранить существующий разрыв между службами здравоохранения и другими соответствующими секторами. Они должны оценить на базе надежных эпидемиологических данных основные проблемы в области здравоохранения, с которыми сталкивается население их стран, разработать соответствующие программы, предусматривающие очередность действий, и проводить политику, основанную на тех методах, которые позволяют осуществить изменения, касающиеся знаний, подходов и практики.

Организация, планирование и оценка деятельности служб здравоохранения

Специалисты в области системы охраны общественного здоровья все в большей мере вовлекаются в общее управление службами здравоохранения и принимают участие в планировании или организации их работы. Это происходит частично в связи с растущим значением изучения деятельности служб здравоохранения, в результате которого удастся получить данные как о недоиспользовании эффективных вмешательств, так и об излишнем использовании неэффективных вмешательств, о колебаниях в уровнях и результатах вмешательств и о неравном доступе к медицинским услугам некоторых из наиболее уязвимых групп населения. Более подробно вопросы, касающиеся эффективности, рассматриваются в

главе 6. Проведение реформ, основанное на разделении функций покупателя медицинских услуг и предоставляющего их врача или больницы, а также на регулируемой конкуренции между государственными и частными врачами и медицинскими учреждениями, т.е. на «плановых рынках» (6) или «квазирынках» (64), еще больше повысило потребность в этих специалистах. Как говорилось ранее, плановые рынки характеризует стремление использовать рыночные стимулы для достижения желательных в социальном отношении целей, однако во избежание отрицательных последствий рыночных банкротств они должны действовать в рамках жестко регулируемой структуры. Подобная система требует наличия органов, которые выполняли бы три функции: страхование (увязка доходов и расходов), посредничество (предоставление информации в поддержку правильного выбора и рекомендации о действиях в качестве «осторожного» покупателя) и обеспечение доступа (156).

Во многих странах специалисты здравоохранения смогли освоить эти роли, чему способствовало стирание различий между предотвращением заболеваний и их лечением в таких областях, как скрининг рака и генетика человека, а также лучшее понимание взаимодополняющего характера вмешательств на индивидуальном уровне и на уровне популяции (157). Например, в нескольких скандинавских странах специалисты в области здравоохранения используются как на уровне общин, так и на национальном уровне.

В Соединенном Королевстве охрана здоровья населения является ключевым элементом деятельности структуры по покупке медицинских услуг, действующей в рамках органа здравоохранения. Согласно британской модели органы здравоохранения занимаются оценкой потребностей своего населения в медицинских услугах, принимают решения об очередности удовлетворения этих потребностей, заключают соответствующие договоры, наблюдают за выполнением этих договоров и принимают другие меры, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний. Как ожидается, система охраны общественного здоровья будет играть центральную роль в этом процессе, включая эпидемиологические обследования населения с целью выявления потребностей и оценки эффективности принимаемых мер. Этот процесс также включает использование стратегий, направленных на повышение доступа к медицинским услугам со стороны тех, кто сталкивается на этом пути с определенными препятствиями, как, например, со стороны инвалидов и представителей этнических меньшинств. Развивается тенденция к использованию в учреждениях, занимающихся предоставлением медицинских услуг, сотрудников системы здравоохранения. Здесь можно говорить о необходимости иметь в этом звене специалистов-медиков, однако вызывает также озабоченность недостаточное внимание к потребностям населения.

Другие страны также двигаются в аналогичном направлении. Во Франции Schéma régional d'organisation sanitaire (Региональный орган орга-

низации здравоохранения) разрабатывает механизмы для координации региональных первоочередных задач с планами тех, кто предоставляет медицинские услуги, что в рамках плюралистической системы связано с определенными трудностями (158). В Германии исследовательские институты, функционирующие в рамках фондов медицинского страхования, также начинают брать на себя эту роль, однако на данный момент их цели являются более узкими, например, они занимаются проблемами сдерживания расходов и, в частности, контролем за расходами на лекарственные препараты (159). Подобные задачи еще предстоит решать в других странах, однако в некоторых из них, таких, как Бельгия, аналитики, занимающиеся стратегией в области здравоохранения, видят в их решении путь преодоления известных проблем, связанных с рыночным кризисом (160). По всей вероятности, именно отсутствие таких механизмов сыграло роль во взвинчивании цен на медицинские услуги, с которым Чешская Республика столкнулась в период между 1992 и 1993 годом (161).

Исследования в области здравоохранения

Решающая роль системы охраны общественного здоровья заключается в проведении исследований. В основе работы современных служб здравоохранения лежат достижения в области биомедицинских исследований, и важно, чтобы научно-исследовательская работа в области охраны здоровья помогала решать насущные проблемы. Направление такой деятельности будет зависеть от принятой в каждой стране концепции здравоохранения. Исследования в области здравоохранения в их самом широком смысле включают использование эпидемиологических методов для описания потребностей населения в медицинской помощи и для выявления опасности для здоровья и социальных последствий заболеваний. Они также включают меры по содействию в разработке стратегий преодоления этих опасностей и последствий, в том числе оценку конкретных случаев вмешательства. На практике относительно небольшое число стран проводит такую научно-исследовательскую работу, и при этом она редко является частью хорошо продуманной стратегии, направленной на удовлетворение населения в соответствующей медицинской помощи.

Существующие модели служб здравоохранения

В предыдущих разделах излагались задачи, возложенные на службы охраны общественного здоровья, и рассматривались пути их возможного развития в ответ на необходимость изменений как в области охраны здоровья, так и в области оказания медико-санитарной помощи. В данном разделе речь идет не об анализе функций, а о том, каким образом на практике организованы службы охраны здоровья и какие существуют данные в поддержку различных подходов.

Существует множество различных вариантов развития в европейских странах служб охраны общественного здоровья. Распределение национальных государственных инфраструктур здравоохранения по категориям является сложным частично в связи с трудностями в формулировании четкого определения того, что должно подлежать подобному распределению в качестве системы охраны здоровья в каждой стране, и частично в связи с отсутствием опубликованных данных. Однако в целом система охраны общественного здоровья, как представляется, является наиболее развитой в скандинавских странах, Ирландии, Нидерландах, в Соединенном Королевстве и в Швейцарии. В некоторых других странах, таких, как Италия и Испания, положение резко изменяется от региона к региону, и в ряде из них имеются развитые системы охраны общественного здоровья. Несмотря на различия в структурах и процессах во всех этих странах существуют современные системы наблюдения и борьбы с инфекционными заболеваниями, выполняются хорошо проработанные программы в области укрепления здоровья, а также действуют механизмы по интеграции здравоохранения в систему служб охраны общественного здоровья. Несколько стран предпринимают инициативы, которые позволят укрепить роль здравоохранения либо с помощью крупных программ подготовки кадров, либо путем реформирования соответствующих служб; в их число входят Венгрия, Германия, Дания, Польша и Франция. Другие страны, например, Австрия, Греция и Португалия, в меньшей степени продвинулись в этом направлении, хотя в некоторых областях их службы здравоохранения работают весьма эффективно.

В странах СНГ проявляется мало энтузиазма по поводу реформирования системы санэпидстанций, работа которых традиционно базировалась на аспектах гигиены и узком лабораторном подходе к решению соответствующих задач (162–164). Однако с сокращением государственных бюджетов сократилось и финансирование этих служб. В связи с существующими проблемами, вызванными социальным расслоением населения, такое сокращение бюджетов привело к кризисному положению даже в тех областях, где ранее отмечалась эффективность деятельности санитарно-эпидемиологических служб, например в области борьбы с инфекционными заболеваниями. В странах ЦВЕ картина является более сложной. Венгрия предприняла широкую реструктуризацию прежней санитарно-эпидемиологической системы, в функции которой входит теперь деятельность по укреплению здоровья, а также эпидемиология неинфекционных болезней, несмотря на то, что этот процесс был сопряжен с целым рядом трудностей (164). Определенные изменения, которые привели к реинтеграции отдельных компонентов служб здравоохранения, были предприняты в Румынии. В других странах, таких, как Болгария, Словакия и Чешская Республика, реформированию санитарно-эпидемиологической системы уделяется меньше внимания.

Роль государства в деятельности служб здравоохранения

Как отмечалось ранее, особенности систем здравоохранения — это результат комбинации экономических, социальных, политических и исторических факторов, действующих вне рамок самой системы. Их различие может не играть никакой роли, если разные подходы являются равно эффективными, чего зачастую не происходит. Имеются области, в которых страны добиваются различного успеха в разработке и осуществлении политики в области здравоохранения, о чем свидетельствует, например, большой разброс показателей, характеризующих долю курящих в общей численности населения, а также количество смертельных случаев в результате дорожно-транспортных происшествий.

Один фактор, который, как представляется, действительно играет важную роль, — это то, каким образом государство проводит общую политику охраны здоровья населения. Этот фактор включает уровень децентрализации, степень вмешательства центрального правительства или местных правительств в политику в области здравоохранения и уровень развития системы охраны общественного здоровья. Другим ключевым фактором является участие представителей системы здравоохранения в принятии решений.

Важную роль системы охраны общественного здоровья в принятии решений иллюстрируют внедрение программ скрининга рака груди и проведение мероприятий по укреплению здоровья в связи с ВИЧ-инфекцией и СПИДом (см. вставки 13 и 14). Странами, приступившими к осуществлению конкретной политики на ранней стадии, были те, в которых к принятию соответствующих решений были привлечены представители системы охраны общественного здоровья. Кроме того, представляется, что осуществление той или иной программы происходит легче в тех странах, где существуют комплексные модели служб охраны здоровья, как это имеет место в скандинавских странах или в Соединенном Королевстве. Значение системы охраны общественного здоровья иллюстрируют также меры, принимаемые в связи с синдромом внезапной смерти внешне здорового ребенка, хотя в некоторых странах важную роль в этом вопросе играют неправительственные организации и клиницисты (167).

Развитие служб здравоохранения

В Европе развитие роли системы охраны общественного здоровья в различных странах происходит по-разному. Оно играет весьма важную роль в нескольких странах, обладающих большой численностью подготовленного персонала, обладающего необходимой компетенцией для определения соответствующих потребностей, консультирования по вопросам вмешательств и оценки их осуществления. На другой стороне спектра находятся страны, в которых здравоохранению принадлежит незавидная роль, сводящаяся к относительно неэффективному, основанному на ла-

Вставка 13. Скрининг рака груди

Рак груди является главной причины смерти женщин в западноевропейских странах в возрасте между 35 и 64 годами. Теперь на основании нескольких рандомизированных контролируемых исследований получены конкретные данные о том, что скрининг с помощью маммографии является эффективным средством снижения уровня смертности. Скрининг широко применяется по просьбе пациентов, однако он наиболее эффективен, когда применяется в рамках крупномасштабных программ обследования населения с использованием специального оборудования и надежных средств контроля за качеством. Такие программы были приняты лишь в нескольких странах. В их число входят Германия, Люксембург, Нидерланды и Соединенное Королевство, а в Бельгии, Ирландии, Испании, Италии, Португалии, Финляндии и Швеции осуществляются региональные программы. Разница в подходах обусловлена влиянием различий в потенциале компонента охраны общественного здоровья, которое проявляется либо непосредственно (например, при всеобъемлющем анализе вариантов), либо косвенно (когда возникают препятствия в связи с отсутствием списков населения, которые могли бы использоваться для выявления групп риска).

Источники: Shapiro (165); Tabar et al. (166).

Вставка 14. Деятельность по укреплению здоровья в связи с ВИЧ-инфекцией и СПИДом

Случай с ВИЧ-инфекцией и СПИДом дает возможность изучить связь между политикой в области здравоохранения и ее результатами. Тщательное изучение реакции государств на ситуацию с ВИЧ-инфекцией и СПИДом показало, что при наличии связанных с работой в этой области серьезных методологических проблем некоторые страны, такие, как Норвегия и Швейцария, смогли быстро организовать эффективные, проводящиеся на постоянной основе пропагандистские кампании, тогда как Португалия, Финляндия и Франция действовали относительно медленно. Различные темпы реакции были связаны не с распространением инфекции, а с различными факторами, которые были определены в качестве оказывающих на этот процесс определенное влияние. Эти факторы включали наличие (как в Нидерландах и Норвегии) или отсутствие (как в Бельгии и Франции) системы охраны общественного здоровья, на базе которой можно осуществлять вмешательство.

Источник: Wellings (21).

бораторном анализе наблюдению за инфекционными заболеваниями, и где службы здравоохранения занимаются предоставлением зачастую второклассных услуг неимущим группам населения.

Следует отметить разработку новой модели служб системы охраны общественного здоровья, предусматривающей более совершенный подход к решению проблем, связанных с инфекционными заболеваниями и гигиеной окружающей среды, отказ от предоставления медицинских услуг по мере их интеграции в систему базовых услуг, межсекторальный и многоотраслевой подход к работе по укреплению здоровья населения и более активное участие в планировании, создании и оценке работы служб здравоохранения. Должны ли эти задачи выполняться в рамках одной комплексной структуры или же их решение следует распределить по целому ряду структур, будет зависеть от конкретных условий; более важным является наличие эффективного координационного механизма. Существует особо настоятельная необходимость увеличить число квалифицированных медицинских специалистов в тех странах, которые проводят рыночные реформы в секторе здравоохранения.

Реформа системы охраны общественного здоровья будет успешной лишь при наличии достаточного числа специалистов, для которых будет обеспечена возможность прохождения соответствующей подготовки. Однако существует большая разница между уровнями капиталовложений в различных странах в подготовку и использование медицинских специалистов, обладающих соответствующей квалификацией (168). В последнее время в этой области отмечается существенный прогресс, поскольку в некоторых странах появились новые программы подготовки кадров. Капиталовложения в обучение должны осуществляться в соответствии с тщательно проработанной кадровой структурой, согласно которой уровни вознаграждения специалистов в области здравоохранения в целом аналогичны уровням вознаграждения их коллег, работающих в лечебном секторе.

3. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ОГРАНИЧЕННОСТИ РЕСУРСОВ

Вследствие обострения проблем ограниченности ресурсов для оплаты услуг сферы здравоохранения и факторов, делающих необходимым увеличение расходов на здравоохранение, представляется необходимым, чтобы ответственные руководители разрабатывали стратегии для преодоления ограниченности ресурсов. Существуют два основных и зачастую взаимодополняющих пути решения этой проблемы. Во-первых, страны могут увеличить сумму средств, выделяемых на цели здравоохранения, либо путем перераспределения финансовых средств за счет других расходных статей бюджета государственного сектора, либо путем повышения налогов или взносов в рамках системы социального страхования. В ходе нынешней дискуссии о реформе широко обсуждается вопрос «правильного» уровня финансирования. Были предложены различные формулы, в том числе постепенное увеличение объема финансирования, скорректированного с учетом дополнительных потребностей, обусловленных демографическими, технологическими или политическими изменениями, финансирование на основе имеющихся возможностей путем увязывания расходов на здравоохранение с ростом ВВП или межстранового сравнения объемов ресурсов, которые другие страны со схожими экономическими показателями выделяют на цели здравоохранения (169). Ни один из этих подходов не оказался безупречным. На практике адекватный уровень финансирования зависит от того значения, которое придается здоровью и здравоохранению как в отдельности, так и в привязке к другим статьям государственных расходов. Говоря вкратце, решение определяется не математической формулой, а политическими приоритетами.

Во-вторых, страны могут контролировать расходы на здравоохранение путем проведения реформ, влияющих либо на предложение медицинских услуг, либо на спрос на эти услуги. В настоящей главе вначале приводится обзор основных имеющихся стратегий сдерживания расходов (некоторые из которых всесторонне анализируются в последующих главах). Затем рассматриваются две широко обсуждаемые стратегии сдерживания расходов, которые влияют на спрос на услуги, а именно: соучастие населения в покрытии расходов и установление приоритетов.

Более действенное сдерживание расходов

Стремление контролировать расходы на здравоохранение являлось ключевым импульсом для развертывания реформ в сфере здравоохранения в

80-е и 90-е годы. Стратегии сдерживания расходов, направленные на достижение такого контроля, предусматривают ограничение расходов на здравоохранение до установленных предельных уровней. Сдерживание расходов часто путают с сокращением расходов или с повышением эффективности, однако сдерживание расходов следует отличать от этих двух понятий. Сокращение расходов может использоваться для целей сдерживания расходов, однако в некоторых случаях сдерживание расходов может быть связано с увеличением расходов, которое не превышает установленных предельных уровней. Таким образом, сдерживание расходов направлено на осуществление контроля над расходами и необязательно на их сокращение. Равным образом меры повышения эффективности могут рассматриваться как усилия для достижения сдерживания расходов. Хотя благодаря повышению эффективности можно снизить расходы на определенный объем медицинских услуг, сдерживание расходов отнюдь не обязательно ведет к повышению эффективности. Не исключено, что сдерживание издержек позволит снизить расходы и в то же время снизить результативность оказываемых медицинских услуг.

Имело место определенное сближение мер, которые страны принимали для осуществления контроля над расходами в сфере здравоохранения. Методы контроля различаются в зависимости от того, по какому принципу строятся организация и финансирование систем здравоохранения различных стран. Там, где правительства или основные страховщики являются владельцами медицинских учреждений и нанимают медицинских специалистов, преобразования осуществлялись более быстрыми темпами, нежели там, где правительства или основные страховщики нанимали поставщиков медицинских услуг по контракту. Большая часть мер сдерживания расходов применяется исключительно в отношении медицинских расходов, финансируемых государством. Поскольку некоторые из этих мер предусматривают покрытие определенной доли расходов на медицинское обслуживание самими пациентами, не исключено, что такие реформы могут не затронуть совокупные (государственные и частные) расходы на здравоохранение той или иной страны или могут привести даже к их увеличению, если дополнительные частные расходы превышают экономию государственных расходов. В настоящем разделе меры сдерживания расходов рассматриваются под углом их направленности: направлены ли они на спрос или на предложение медицинских услуг⁵.

⁵Материал настоящего раздела основан на обзоре мер сдерживания расходов в странах Западной Европы, который опубликован в других источниках (170, 171). Несмотря на то, что лишь немногие из этих мер применяются в нынешних условиях в странах ЦВЕ и СНГ, можно предположить, что эти меры получат должное признание в ходе развития системы здравоохранения в этих странах. Некоторые из этих мер уже применяются в странах ЦВЕ, например в Чешской Республике, где вскоре после введения системы социального страхования в 1992 году было отмечено резкое увеличение расходов.

МЕРЫ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА СПРОС

Одна из основных мер, направленных на регулирование уровня спроса, заключается в обеспечении *соучастия в расходах* (соплатежей населения за медицинскую помощь. — *Прим. ред*). Более подробно этот подход рассматривается ниже. Другие подходы предусматривают материальное поощрение за отсутствие страхового случая в рамках систем социального страхования; стимулирование для частных расходов, например установление налоговых льгот на уплату подоходного налога для тех, кто пользуется частными услугами; право выхода из систем, учрежденных специальным законом; и вывод услуг за рамки государственной системы здравоохранения. Все перечисленные меры имеют своей целью сокращение спроса на финансируемые государством услуги путем переноса части расходов на медицинское обслуживание на индивидуумов.

Выход из системы предполагает право выбора, которым обычно пользуются лица с высоким доходом или индивидуальные предприниматели, не заключать договоры страхования в рамках системы обязательного медицинского страхования. Эта мера не применяется в бюджетных системах здравоохранения, в рамках которых предусматривается всеобщий охват населения. Лица, которые делают свой выбор, могут застраховать себя в частном порядке либо могут оставаться незастрахованными. Эта мера возлагает всю полноту ответственности за покрытие расходов на медицинские услуги отдельным лицам, и поскольку выбор, как правило, делается в пользу более выгодных условий, он подрывает общественную солидарность, лишая системы социального страхования одного из важных источников поступлений. Этот вариант применяется в Германии и Нидерландах, однако в Нидерландах предлагаемые реформы имеют своей целью упразднение этого варианта. Следует добавить, что избрание этого варианта рассматривается в странах ЦВЕ и СНГ. В процессе реформы в Италии, Новой Зеландии, Португалии и в недавнем времени в Испании рассматривался иной подход к выходу из системы национального здравоохранения. Согласно этому подходу граждане имеют право отказаться от услуг национальной системы здравоохранения в пользу частного медицинского страхования. В таких случаях национальная система здравоохранения будет перечислять страховой компании, выбранной индивидуумом, сумму, равную подушевому нормативу финансирования. На сегодняшний день этот подход не применяется ни в одной из перечисленных стран в силу его негативного воздействия на принцип общественной солидарности.

Материальное поощрение за отсутствие страхового случая представляет собой снижение суммы страховой премии для лиц, пользующихся услугами государственной системы здравоохранения в ограниченных пределах. Это поощрение предназначено для стимулирования бережного расходования средств и выплачиваются только в рамках систем медицинского

страхования. В Германии начиная с 1991 года лицам, которые не пользуются услугами системы здравоохранения, за исключением прохождения профилактического медицинского осмотра в течение года, предоставляется право на получение такого поощрения в размере месячного страхового взноса в фонд медицинского страхования. Некоторые страны ЦВЕ и СНГ, такие, как Российская Федерация, либо рассматривают вопрос о выплате таких поощрений, либо выплачивают их.

Пересмотр медицинских услуг, которые должны быть включены в программы, финансируемые за счет средств государственного бюджета или системы социального страхования, может привести к *сокращению диапазона услуг* в попытке обеспечить экономию средств. Услуги могут также *нормироваться* временем ожидания или доплачиваться в частном порядке пациентом либо наличными, либо за счет средств фонда добровольного страхования. Такие меры направлены на сокращение спроса на финансируемые государством услуги путем переноса бремени их покрытия на пациентов.

Полный обзор нормирования услуг и установления приоритетов будет изложен в этой главе ниже (с. 135–147).

МЕРЫ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Расходы можно сдерживать также путем воздействия на предложение медицинских услуг. В широкий диапазон стратегий реформирования этой категории входят такие стратегии, как установление конкурентных отношений между производителями услуг государственного сектора; установление предельных уровней для общих расходов или установление глобальных бюджетов для производителей услуг; сокращение численности врачей и/или количества больничных койко-мест; контроль расходов на обеспечение людских ресурсов (например, контроль размера заработной платы) или контроль расходов на материальное обеспечение (например, расходов на фармацевтические препараты), используемых для предоставления медицинских услуг; внедрение более эффективных систем оказания медицинских услуг, таких, как замена более дорогостоящих стационарных медицинских услуг амбулаторным лечением и первичной медико-санитарной помощью; регулирование использования технологий; воздействие на использование средств, предписываемых врачами; изменение методов оплаты медиков. Эти стратегии увенчались — в той или иной степени — успехом в деле сдерживания расходов.

Предельные уровни расходования средств были установлены во многих странах Западной Европы. Наиболее часто встречающимся методом контроля, как, например, это практикуется в Ирландии и Испании, является составление фиксированных бюджетов для всех расходов или для большей их части (например фиксированных бюджетов для общих выплат врачам), которые подкрепляются контролем над укомплектованием пер-

сонала. Некоторые страны, в том числе Бельгия, Германия, Ирландия, Италия, Португалия, Испания и Соединенное Королевство, применяют предельные уровни расходования средств, заранее оговаривая их размер, в качестве основного механизма для контроля издержек. Дания и Швеция практикуют договорные предельные уровни расходов местных органов власти. В Бельгии и Германии составляются отдельные сметы для основных статей расходов, однако в Германии меры по стимулированию здорового образа жизни и некоторые виды амбулаторного лечения не ограничиваются сметами расходов. В Бельгии, Германии и Нидерландах для отдельных больниц составляются соответствующие сметы расходов независимо от того, кому эти больницы принадлежат, даже в тех случаях, когда они получают свои доходы от нескольких различных страховых компаний. Введение смет расходов в больницах привело к сокращению продолжительности пребывания в них пациентов, а введение смет для заработной платы врачей в Германии привело к замедлению темпов роста расходов. Системы оплаты медицинской помощи по ее результатам рассматриваются в главе 5.

Политика сокращения численности студентов медицинских учебных заведений и врачей направлена на обеспечение контроля за предложением услуг и имеет своей целью регулирование чрезмерного увеличения числа врачей. В период 80-х годов во Франции были введены ограничения на численность выпускников медицинских учебных заведений за счет резкого сокращения численности студентов медицинских учебных заведений, перешедших на второй курс обучения. В Соединенном Королевстве было введено ограничение на прием студентов в медицинские учебные заведения на основе прогнозируемой потребности в медицинских специалистах в будущем. Начиная с 1986 года ассоциации врачей и фонды медицинского страхования в Германии получили право не принимать новых членов, если численность специалистов в той или иной области уже превышает установленный предел на 50%. Кроме того, были приняты меры, поощряющие ранний выход медиков на пенсию. Начиная с 1989 года ужесточены условия допуска врачей к деятельности, связанной с фондами медицинского страхования, и вместе с тем прилагаются усилия к ограничению приема в медицинские учебные заведения. Некоторые страны ЦВЕ и СНГ приняли меры к сокращению численности учащихся медицинских учебных заведений с целью сокращения в конечном итоге переизбытка врачей.

Многие страны в Западной Европе прилагают усилия к сокращению количества больничных коек в целях обеспечения экономии средств. В ряде случаев это достигается путем использования финансовых стимулов. В Бельгии механизм финансирования, который предусматривает сокращение количества коек на 25% и более, позволяет региональным органам власти сократить свой вклад с 60 до 30%, причем разница покрывается за счет средств фондов медицинского страхования. В этой связи

региональные органы власти первоочередное внимание уделяют проектам строительства, результатом осуществления которых будет сокращение количества коек. В некоторых странах Западной Европы планы нового капитального строительства в государственном секторе (иногда в частном секторе) подлежат утверждению национальными, региональными или местными органами планирования. Бельгия, Ирландия и Соединенное Королевство приняли масштабные меры, направленные на закрытие больниц или переоборудование больниц для других форм использования. Существующие в настоящее время планы предусматривают ликвидацию 22 000 коек в государственных больницах во Франции и 3 800 коек в государственных больницах в Нидерландах. В Германии согласно закону, принятому в декабре 1992 года, устанавливается упрощенный порядок закрытия больниц. В Испании небольшие пункты оказания неотложной медицинской помощи были переоборудованы для лечения хронических больных или для обслуживания выздоравливающих пациентов, тогда как другие такие пункты были закрыты. Переизбыток больничных коек представляет собой особую проблему в странах ЦВЕ и СНГ. В Венгрии обнародована программа сокращения больничных коек на 10 000 единиц, в то время как другие страны также рассматривают инициативы, предусматривающие постепенное сокращение количества коек. Значение контроля за капиталовложениями рассматривается в главе 5.

Стратегии поощрения сокращения количества коек тесно связаны с разработкой *политики замещения*. Эта политика связана с перегруппировкой ресурсов в системе медицинских учреждений с целью изыскания оптимальных вариантов. Замещение нередко принимает форму замены относительно более дорогостоящего стационарного лечения менее дорогостоящим амбулаторным лечением или первичным медико-санитарным обслуживанием. Политика замещения может принимать различные формы, такие, как развитие услуг по оказанию оперативной медицинской помощи, расширение оказания медицинской помощи на дому вместо стационарного лечения и укрепление базы ПМСП. Услуги дневных стационаров и центров амбулаторной хирургии хорошо развиты в Дании, Ирландии и Соединенном Королевстве, и их масштабы быстро расширяются в Нидерландах и Швеции. Структурная перестройка стационарной помощи и политика замещения в системе медицинских учреждений более подробно рассматриваются в главе 6.

В своем стремлении наладить *контроль за дорогостоящим медицинским оборудованием* страны принимают самые различные меры. Эти меры включают расширение масштабов регулирования, концентрацию оборудования, предотвращение бесконтрольного роста и избежание дублирования. Внедрение только тех новых технологий, которые доказали свою клиническую эффективность, представляет собой более основательный подход. Экономические затраты, связанные с новыми технологиями, а также вопросы безопасности, этики и социального вспомоществования

наводят на мысль о том, что широкому внедрению этих технологий в медицинскую практику должна предшествовать тщательная оценка. Создание исследовательских центров для оценки технологий вызывает все больший интерес. Глава 6 посвящена оценке медицинских технологий в контексте повышения результативности и качества медицинских услуг.

В некоторых европейских странах, в том числе во Франции, Германии и Нидерландах, осуществляется надзор за *применением средств, отпускаемых по назначению врачей*. Недавно во Франции была введена система «медицинских ссылок», которая конкретизирует использование медицинских процедур, медицинских обследований, взятие клинических анализов или выписку лекарств, имеющих отношение к тому или иному конкретному состоянию здоровья. На врачей, которые не руководствуются этими «медицинскими ссылками», могут быть наложены взыскания. Во многих странах Западной Европы осуществляется надзор за порядком выписки рецептов. В некоторых случаях к врачам, выписывающим лекарства в больших количествах, могут применяться санкции, и с них могут взыскиваться денежные штрафы. Другой способ контроля за деятельностью врачей, связанной с выпиской лекарственных препаратов, заключается в расширении использования лекарственных препаратов-дженериков или их заменителей, как это практикуется в Германии, Нидерландах и Соединенном Королевстве. Еще одно новшество связано с возложением на врачей ответственности за управление бюджетами клинических подразделений, как, например, в Германии и Соединенном Королевстве, или на уровне ПМСП, как в случае с инициативой Соединенного Королевства, связанной с системой фондодержания. Наконец, эффективным способом воздействия на деятельность врачей является изменение метода оплаты их труда. В главу 5 включен обзор влияния альтернативных подходов к оплате труда медицинских специалистов.

Накопленный на сегодняшний день опыт в целом свидетельствует, что самый эффективный способ сдерживания расходов заключается в составлении фиксированных бюджетов для системы здравоохранения или для ее основных подсекторов, исходя из поставленных целей и ограничения численности работников. Однако стратегии реформы следует оценивать не только через призму их успешной реализации в том, что касается сдерживания расходов, но и в более широком социальном контексте. Более того, как отмечалось выше, успехи в деле сдерживания расходов отнюдь не означают повышение эффективности. Инициативы в области сдерживания расходов вполне могут приводить к сокращению общих расходов и в то же время к снижению результативности. Поэтому после рассмотрения вопросов соучастия в расходах и установления приоритетов в следующих двух разделах настоящий анализ будет основан на двояком подходе: оценке стратегий реформ в области здравоохранения с точки зрения их воздействия на конкретные цели (включая справедливость, эффективность и достижения в области здравоохранения) и с точки

зрения финансирования, распределения и оказания услуг (см. главы 4, 5 и 6 соответственно).

Соучастие в расходах и его надлежащая роль

Соучастие в расходах означает любую прямую оплату медицинских услуг населением. Поскольку такая оплата непосредственно затрагивает население в целом, масштабы и уровень соучастия в расходах зачастую становятся предметом оживленных национальных политических дискуссий. Последствия соучастия в расходах для целей политики в области здравоохранения, однако, не являются самоочевидными. В настоящем разделе рассматривается практика соучастия в расходах в странах европейского региона и предпринимаются попытки оценить его последствия для секторальных целей, связанных с эффективностью, справедливостью и состоянием здоровья населения.

Для оценки эффективности и действенности соучастия в расходах с точки зрения обеспечения здоровья населения в настоящей работе рассматриваются такие важные вопросы, как воздействие соучастия расходов на объемы потребления услуг, соотношения «обоснованного» и «необоснованного» потребления, совокупные и государственные расходы на сферу здравоохранения и состояние здоровья населения. Кроме того, анализируется вопрос потенциального воздействия соучастия в расходах на обеспечение дополнительных поступлений средств. Для оценки степени воздействия на эффективность и справедливость соучастие в расходах и его влияние в каждой из перечисленных областей рассматривается с разбивкой по демографическим группам, конкретным секторам медицинского обслуживания, категориям плательщиков или финансовых систем и с разбивкой по видам механизмов соучастия в расходах. Любой анализ этих вопросов предполагает понимание того, что движет спросом на услуги здравоохранения и, в частности, что движет спросом на конкретные услуги. Кроме того, важно иметь представление об основных факторах, которые влияют на расходы в области здравоохранения, и о том, как эти факторы затрагивают политику в области соучастия в расходах.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ

Определения

Соучастие пациентов в расходах на медицинские услуги связано с рядом конкретных механизмов политики, которые действуют в области спроса на рынке медицинских услуг. Эти механизмы обычно функционируют в рамках (государственной или частной) системы страхования или национальной системы здравоохранения. Эти три основные формы

или три основных механизма участия пациентов в покрытии расходов перечислены ниже (172):

- *удержания*: сумма наличными, которая должна быть уплачена до начала действия механизма страхования и предоставления предусмотренных им услуг (например, пациент уплачивает первые 50 долл. США в счет покрытия расходов на лечение в больнице или уплачивает первые 200 долл. США в счет покрытия расходов на амбулаторное лечение за год);
- *соучастие в оплате услуг*: единовременная выплата, которую потребитель должен уплатить за каждую предоставленную услугу (например, пациент уплачивает 5 долл. США за каждое выписанное лекарство или 10 долл. США за каждый визит к врачу);
- *совместное страхование*: доля в процентах от общей суммы за услугу, которая должна быть оплачена потребителем (например, пациент оплачивает 20% общей стоимости стационарного лечения).

С этими формами участия в покрытиях расходов нередко связаны и другие меры политики, и они могут также влиять на размеры оплаты наличными медицинских услуг, которые их производители предоставляют пациентам. Эти меры включают (172):

- *максимальный объем услуг по страхованию*: фиксированная предельная сумма, которая будет возмещена страховой компанией за конкретный период, свыше которой пациент обязан покрывать все расходы (например, пациент оплачивает все расходы за год после возмещения ему страховой компанией в виде страховых выплат 100 000 долл. США или же пациент оплачивает все прижизненные расходы после того, как страховая компания выплатила в счет погашения расходов 1 млн. долл. США);
- *максимальный размер оплаты наличными*: фиксированная предельная общая сумма оплаты наличными, которую застрахованное лицо или застрахованное домашнее хозяйство обязаны выплатить за определенный срок, свыше которой все расходы покрываются страховой компанией (например, страховая компания покрывает все расходы за год после того, как пациент израсходовал 1 000 долл. США вместе с вычетами и выплатами по линии совместного страхования);
- *выставление дополнительных счетов*: выставление счетов производителем услуг в сумме, превышающей сумму максимального возмещения расходов, установленную страховыми компаниями, в результате чего пациенты обязаны оплатить образующуюся разницу (например, пациент должен уплатить 15 долл. США в дополнение к 10 долл. США по линии совместного страхования, поскольку максимальный размер страхового возмещения за визит к врачу составляет 100 долл. США, но врач выставил счет в размере 115 долл. США);

- *установление базовой цены на фармацевтические препараты*: преискурант цен, устанавливаемых страховой компанией на терапевтически сопоставимые лекарственные препараты, предусматривающий максимальную сумму компенсации за единицу выписанного лекарственного средства, в результате чего пациенты обязаны выплачивать разницу в случае выбора более дорогостоящих лекарств (например, базовая цена антибиотика составляет 60 долл. США, а пациент или врач, выписывающий лекарство, выбирает лекарство по розничной цене в 70 долл. США, следовательно, пациент обязан уплатить наличными разницу в 10 долл. США);
- *исключения из плана медицинского страхования*: услуги или методы пользования услугами, которые не включены в общий набор услуг по линии государственного или частного страхования и за пользование которыми отдельные лица обязаны полностью покрывать свои расходы или расходы свыше суммы, на которую они застрахованы (например, лекарственные препараты не включены в национальный реестр, или их терапевтическая ценность подвергается сомнению, или использование отделения экстренной медицинской помощи больницы в неэкстренном случае вместо использования услуг определенного звена ПМСП и рекомендованных способов).

Большинство экономистов рассматривают эти различные варианты соучастия в расходах как потенциальные механизмы политики. Иными словами, они могут представлять собой варианты для достижения конкретных целей. Для большинства стран Западной Европы основная цель соучастия в расходах заключается в сокращении спроса на услуги в целях сдерживания расходов систем социального страхования или национальных систем медицинского обслуживания. Для многих стран ЦВЕ и СНГ основная цель заключается в мобилизации дополнительных поступлений для содействия устойчивому предоставлению медицинских услуг. Однако следует осторожно подходить к обобщению мотивов и целей групп стран в любой части этого региона. Некоторые страны Западной Европы рассматривают мобилизацию ресурсов как цель своей политики соучастия в расходах, тогда как некоторые страны ЦВЕ и СНГ рассматривают эти меры в качестве механизмов для регулирования спроса.

Теоретические аспекты соучастия в расходах

У экономистов нет единого мнения относительно того, является ли соучастие в расходах действенным механизмом повышения эффективности и сдерживания роста расходов. Однако существует определенное согласие относительно того, что соучастие в расходах, если его не дополнять компенсационными мерами для лиц с низким доходом, ведет к неравенству с точки зрения и финансирования, и доступности медицинской

помощи. В странах, не имеющих общедоступных систем здравоохранения, обоснованием для соучастия в расходах может служить не столько потребность в регулировании спроса, сколько потребность в мобилизации поступлений для целей обеспечения устойчивого расширяющегося в своих масштабах предоставления услуг. В некоторых из этих стран это может быть связано также с появлением неофициальных платежей («серый рынок») за услуги и медицинские средства.

В неоклассической экономической теории обоснованием мер по соучастию в расходах служит необходимость нормирования спроса в рамках системы государственного или частного страхования. Как показано



на диаграмме 14, социально оптимальный уровень потребления достигается в точке А, в которой предельные (дополнительные или природные. — Прим. ред.) издержки (отраженные на кривой предложения) на предоставление услуг равняются предельной полезности (отраженной на кривой спроса) их потребления. В этой точке объем услуг Q_1 потребляется по цене P_1 , которая равна предельным издержкам предложения этого объема услуг. Что касается страхования, то здесь цена составляет меньшую величину по сравнению с предельными издержками, и таким образом, уровень потребления, определяемый этим обстоятельством, на-

ходится в точке, которая показывает, что стоимость производимых для общества услуг превышает объем их потребления⁶. Если предположить, что страхование полностью ограждает потребителей от цен на услуги здравоохранения, то объем услуг, пользующихся спросом, будет находиться на точке нулевой цены (Q_2). В этой точке предельные издержки (в точке Z на кривой предложения) гораздо выше предельной полезности (которая, в сущности, равна нулю). Согласно стандартной неоклассической экономической теории, такое положение дел приведет к нанесению ущерба благосостоянию общества в размере, равном площади треугольника AZQ_2 . Вот почему некоторые экономисты утверждают, что спрос на услуги превышает социально приемлемый уровень, когда услуги полностью охва-

⁶«Моральное искушение» — это термин, используемый для описания причины чрезмерного использования медицинских услуг застрахованным при наличии страховки (173).

тываются системой страхования. Благодаря мерам сдерживания расходов цены удерживаются в границах медицинского рынка (P_3), с тем чтобы ограничить чрезмерный спрос⁷ и размеры вытекающего из этого ущерба, который, как полагают, имеет место в результате страхования. При соучастии в расходах в ценах P_3 на диаграмме 14, объем спроса равен Q_3 , и таким образом ущерб благосостоянию ограничивается площадью треугольника АХН.

Некоторые экономисты и другие специалисты оспаривают то, что приведенный выше вывод относительно ущерба благосостоянию в результате всеобъемлющего страхования (и косвенные выгоды для благосостояния в результате сдерживания расходов), основанный на неоклассической экономической теории, подтверждается на практике. Теоретическое обоснование соучастия в расходах было подкреплено анализом медицинских услуг через призму экономики благосостояния. Услуги сферы здравоохранения не являются однородными, они представлены различными товарами и услугами с различными экономическими характеристиками. Одним из критериев, по которым услуги здравоохранения проявляют себя как «экономический товар», является та мера, в какой потребительские блага ограничиваются конкретной личностью, которая пользуется этими услугами (174, 175). Многие услуги сферы здравоохранения рассматриваются экономистами как сугубо *частные* товары. С этой точки зрения польза для здоровья в результате потребления этих услуг рассматривается в узком контексте, и считается, что эту пользу получает только лицо, пользующееся услугами. Иными словами, лица, не пользующиеся услугами, *не пользуются* связанными с ними благами. В этой связи с качестве примера можно привести покупку аспирина для лечения головной боли. Применительно к товару такого вида, согласно экономике благосостояния, ценообразование на основе предельных издержек (как и в случае стандартной неоклассической модели, о которой говорится выше), обобщается оптимальным вложением средств (176).

⁷ В специальном смысле «чрезмерный спрос» не означает существования спроса на услуги, которые являются ненужными или могут нанести потенциальный вред с медицинской точки зрения. Действительно, потребление дополнительных услуг может принести выгоды здравоохранению. С экономической точки зрения потребление считается чрезмерным, если предельные социальные издержки предложения этих дополнительных услуг превышают предельную социальную полезность потребления этих услуг. Иными словами, ресурсы, используемые для обеспечения дополнительной единицы услуг, такие, как визиты к врачу, могут принести большую выгоду обществу, если бы они использовались в каких-либо иных целях. Несмотря на это, многие ученые (в том числе ряд экономистов) пытались внедрить практику определения чрезмерного спроса путем проверки того, является ли потребление, сдерживаемое соучастием в расходах, потреблением «необходимых» услуг или же услуг, наносящих вред здоровью. Хотя это определение чрезмерного спроса отличается от определения, которое используется в экономике, оно имеет определенный смысл. Смысл этого подхода сводится к следующему: если механизмы соучастия в расходах успешно применяются для сокращения спроса, причем без последствий для состояния здоровья общества, можно сделать вывод о том, что уровень экономической эффективности повысился. Эта политика приведет к тому, что часть расходов будет перенесена на пользователей, но общие издержки будут сокращены, в то время как выгоды останутся неизменными.

В противоположность этому некоторые услуги сферы здравоохранения являются сугубо *общественными* товарами, поскольку их благами пользуются все члены общества. Если услуги этой категории предоставляются, то связанными с ними благами пользуются все без исключения члены общества. Примерами общественных товаров служат некоторые мероприятия в области оздоровления состояния окружающей среды, такие, как контроль за качеством воздуха и борьба с загрязнением воды. Взимание платы за эти услуги с «пользователя» представляется нереальным, поскольку неплательщики будут пользоваться теми же благами, что и плательщики. Таким образом, никаких стимулов к оплате таких услуг не существует⁸.

Наконец, многие медицинские услуги рассматриваются сторонниками неоклассической теории как смешанные товары: отдельные лица получают выгоды от пользования услугами, но другие не участвуют непосредственно в сделке между производителем и потребителем услуг⁹. В качестве примера можно привести лечение инфекционных заболеваний, таких, как туберкулез или сифилис. Такое лечение защищает не только больных, но и тех, кого эти больные заразили бы, если бы лечение не проводилось. В этом случае социальные выгоды превышают выгоды частные, таким образом ценообразование на основе предельных издержек приведет к уменьшению объема пользования услугами по отношению к оптимальному с социальной точки зрения объему. Применительно к этим товарам экономисты считают целесообразным ввести субсидирование с тем, чтобы повысить уровень частного спроса до объема, который уравняет социальные выгоды с социальными расходами, и тем самым в максимальной степени повысит предполагаемое (в узком экономическом смысле) благосостояние (подробнее см. *Jimenez (176)*). В этом случае экономические последствия соучастия в расходах носят неоднородный характер. Такое субсидирование может повлечь выплаты потребителями услуг различных сумм, варьирующихся от нуля до значительной доли процентов предельных расходов.

Рынок медицинских услуг отличается несовершенством, поскольку нерегулируемая деятельность производителей и потребителей услуг не приводит к социально желаемому объему, диапазону и распределению услуг. Как отмечалось выше, одна из причин такого положения дел заключается в многообразии конкретных услуг с точки зрения получения выгоды от их потребления. Кроме того, существует еще один аспект, который экономисты называют «ошибкой рынка» и который связан с рассмотрением последствий соучастия в расходах. Этот аспект связан с «информационным пробелом», который проявляется в том, что на рынке медицинских услуг потребители полагаются и зависят от производителя

⁸Так называемая проблема «транспортного зайца»

⁹Выгоды, извлекаемые нерыночными участниками, называются «внешними эффектами».

услуг в деле обеспечения информации об услугах, в которых они «нуждаются». Такой перекоп в обеспечении информацией может привести к наличию «спроса, обусловленного поставщиками», то есть к наличию спроса, который не возник бы, если бы посредники и производители услуг не стимулировали спрос на эти услуги со стороны потребителя (177). Согласно неоклассической экономической теории, из предположения о том, что спрос стимулируется поставщиками, вытекает, что предпочтения производителей услуг определяют, по крайней мере, некоторый уровень спроса на медицинские услуги. Точное определение, последствия и надлежащие меры политики, связанные с спросом, стимулируемым поставщиками, — все это вопросы, которые с большим интересом обсуждаются в кругу специалистов по экономике здравоохранения (рассмотрение и обсуждение этих вопросов см. Labelle (178) и Pauly (179).

Хотя некоторые экономисты по-прежнему сомневаются в достаточности эмпирических доказательств в пользу безоговорочного существования спроса, стимулируемого поставщиками (179), большинство экономистов считают, что поставщики услуг действительно используют свои рычаги влияния на спрос потребителей через свои функции агента потребителей (180, 181). Если предположить, что спрос, стимулируемый поставщиками, существует, то использование стандартной схемы: предложение—спрос для определения ущерба благосостоянию представляется неприемлемым, поскольку в основе этой модели лежит посылка о том, что предложение и спрос взаимно обуславливают друг друга. Принимая во внимание перекоп в наличии информации о производителе и потребителе услуг, а также роль агента потребителей, которую играет производитель услуг, споры экономистов в этой связи ведутся относительно того, действительно ли кривая спроса является приемлемым критерием для определения благосостояния потребителя. Одни экономисты утверждают, что кривую спроса не следует использовать по причине наличия упомянутых информационных проблем (181–183); другие экономисты считают, что добиться исчерпывающей информации невозможно и что кривая предположительного спроса всегда основана на имеющемся объеме информации, поэтому кривая спроса по-прежнему может использоваться для определения последствий страхования и соучастия в расходах для благосостояния, поскольку она отражает выбор потребителей, основанный на имеющейся у них информации в любой заданный момент времени (173, 179, 184).

Понимание сути дискуссии относительно спроса, стимулируемого поставщиками, необходимо для оценки возможных последствий соучастия в расходах, которые представляют собой инструмент политики, ориентированной на спрос. Спрос, стимулируемый поставщиками, по своей природе не является нежелательным явлением. Предоставление несведущим людям информации относительно их медицинских потребностей является весьма важной функцией врачей, и обеспечение профессио-

нальной медицинской подготовки всего населения не представляется экономически целесообразным с точки зрения эффективного использования ресурсов, даже если такая подготовка была бы достижимой. Однако если анализ модели соучастия в расходах свидетельствует о ее несовершенстве в деле уменьшения ущерба благосостоянию общества, то целесообразность использования соучастия в расходах для этой цели можно поставить под вопрос. Поэтому некоторые считают, что диапазон возможностей для достижения результативности услуг в результате соучастия в расходах весьма узок вследствие многообразия медицинских услуг и потенциального спроса, стимулируемого поставщиками (181, 185).

Многие полагают, что спрос, стимулируемый поставщиками, подрывает эффективность соучастия в расходах. Они обосновывают это тем, что если соучастие в расходах изначально сокращает спрос потребителей на услуги, то доходы поставщиков услуг будут поставлены под угрозу (в рамках системы здравоохранения, где некоторые или все производители услуг получают плату из расчета объема предоставляемых услуг). В той мере, в какой поставщики услуг могут стимулировать спрос на дополнительные услуги, они могут компенсировать сокращение спроса со стороны потребителей, с тем чтобы сохранить уровень своего дохода (подробнее о спросе, стимулируемом поставщиками, см. Fahs (186). Такая «реакция поставщика услуг» сведет на нет последствия снижения спроса в результате взимания гонораров с пациентов, что, следовательно, будет неэффективной мерой политики, равно как неэффективными будут другие меры, которые принимаются на рынке в контексте потребления. Другие считают, что возможным неблагоприятным последствием перекоса в наличии информации о поставщике и потребителе услуг можно противопоставить надлежащие меры политики в области спроса. Это отнюдь не означает расширения объема страхования (то есть сокращения соучастия в расходах), напротив, это свидетельствует о необходимости обеспечить потребителей большим объемом информации (173).

Как указывалось выше, услуги в области здравоохранения включают в себя комбинацию товаров и услуг, отличающихся различными рыночными характеристиками с точки зрения извлечения выгод в результате их потребления. Что касается каждой конкретной услуги, то ключевым вопросом применительно к ней является та степень, в которой спрос стимулируется потребителями или поставщиками услуг. Принимая во внимание зависимость потребителей от производителей услуг/своих посредников в плане обеспечения информации, которая влияет на их спрос на некоторые услуги, следует констатировать факт слабой теоретической основы для применения соучастия в расходах в качестве механизма нормирования спроса на услуги, которые определяются преимущественно производителями услуг (например, в случае рекомендованных услуг) (181).

Некоторые ученые и аналитики утверждают, что использование механизма для повышения финансовых поступлений в качестве механизма

сдерживания расходов противоречиво по своей сути. Этот аргумент, навязанный канадскими специалистами по экономике здравоохранения (185, 187), отрицает идею использования механизма соучастия в расходах в качестве механизма сдерживания расходов. Если исходить из предположения о том, что поставщик стимулирует спрос и что расходы (страховых компаний и пациентов) всегда эквивалентны поступлениям (поставщиков услуг), то внедрение и расширение масштабов соучастия в расходах не приведет к сокращению расходов, а всего лишь перенесет бремя расходов с плательщиков страховых взносов (включая налогоплательщиков в рамках бюджетной системы финансирования) на тех, кто, к несчастью, заболел и нуждается в медицинской помощи. Кроме того, основываясь на опыте Канады и Соединенных Штатов, эти экономисты утверждают, что в рамках систем, в которых поставщики услуг получают вознаграждения за свой труд индивидуально в каждом конкретном случае, поставщики услуг примут меры реагирования в связи с любым общим сокращением спроса потребителей через увеличение объема и/или масштабов (количество услуг на одно обращение к специалистам системы здравоохранения) услуг, с тем чтобы сохранить уровень своего дохода. С этой точки зрения, предположив справедливость высказывания о том, что стимулируемые поставщиками услуги являются основной причиной высоких издержек системы здравоохранения, можно с некоторой долей уверенности утверждать, что стимулы и/или меры регулирования спроса на рынке являются гораздо более эффективными механизмами для сдерживания расходов. Более того, эти экономисты утверждают, что функционирование систем, в которых оплачивается каждый случай лечения, порождает повышение издержек в результате действий поставщиков услуг. Они отмечают, что внедрение соучастия в расходах ведет к росту стоимости медицинских услуг по причине усложнения процесса управления финансовыми средствами.

Соучастие в расходах ставит вопросы относительно их справедливости как с точки зрения финансирования медицинского обслуживания, так и доступа к нему. Оно может породить неравенство в области финансирования, поскольку не исключена возможность того, что бремя соучастия в расходах ляжет на плечи семей с низким доходом. Оно может породить несправедливость в потреблении медицинских услуг в результате сужения доступа к ним престарелых, молодежи и хронических больных. Различное влияние взимания платы с пациентов отражает экономическую реальность, связанную с тем, что цена нередко отпугивает от пользования медицинскими услугами, когда она составляет немалую долю семейных средств. Сокращение использования медицинских услуг или задержки с лечением могут привести к ухудшению состояния здоровья населения настолько, насколько использование медицинских услуг могло бы иметь благоприятные последствия для состояния здоровья населения в целом.

ПРАКТИКА СОУЧАСТИЯ В РАСХОДАХ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

Страны европейского региона придерживаются различных подходов к соучастию в расходах. Суть соучастия в расходах, цели этой политики и способы практической реализации соучастия в расходах в странах Западной Европы во многом отличаются от положения дел в этой области в странах ЦВЕ и СНГ.

Возможные последствия политики соучастия в расходах определяются сочетанием целого ряда условий. Эти условия оказывают также сильное воздействие на основные задачи, которые страны (прямо или косвенно) ставят перед практикой соучастия в расходах как части своей национальной политики в области здравоохранения и части системы здравоохранения. Когда качество медицинского обслуживания или когда медицинские услуги недоступны для значительной части населения, тогда цели получения дополнительных средств, как правило, превалируют над другими целями соучастия в расходах. Эти структурные условия определяют контекст общей политики в области финансирования сферы здравоохранения, включая решения относительно источников финансирования, разделения рисков, выбора методов оплаты услуг и методов обеспечения доступа к медицинскому обслуживанию беднейших слоев общества. Эти общие направления политики, в свою очередь, оказывают влияние на возможные последствия соучастия в расходах. В системах, где действует гонорарная оплата за услуги или возмещение каждого случая лечения, соучастию в расходах как механизму достижения определенных целей в области спроса, скорее всего, будет уделяться больше внимания, нежели в рамках систем, в которых врачи и больницы оплачиваются на основе методов предварительных платежей, поскольку эти методы (твердые оклады, фиксированный бюджет или подушевой норматив финансирования) предусматривают сдерживание расходов со стороны предложения. Поскольку соучастие в расходах является всего лишь одним из элементов широкой политики оплаты услуг производителей, представляется важным понять мотивы осуществления такой широкой политики.

Соучастие в расходах в странах Западной Европы

Большая часть стран Западной Европы в рамках политики сдерживания расходов особое внимание уделяет предложению медицинских услуг посредством осуществления контроля за расходованием бюджетных средств (особенно в больницах). В некоторых странах врачи ПМСП действуют как диспетчеры в отношении специализированной медицинской помощи. В результате большинство этих стран практически не используют соучастие в расходах в качестве механизма для привлечения средств или сдерживания расходов на услуги, которые оказываются врачами и больницами. С другой стороны, широкое распространение получило сдерживание затрат на фармацевтические препараты. Хотя цели такой политики

редко провозглашаются открыто, главная ее цель, как представляется, состоит в том, чтобы переложить большую часть бремени расходов на лекарственные препараты на пользователей.

Приблизительно половина стран Западной Европы практикует в определенной мере соучастие в расходах в случае первичного приема врачами, и приблизительно половина из них практикует соучастие в расходах в процессе стационарного и специализированного амбулаторного лечения (таблица 7). Наиболее часто встречаются такие формы непосредственного соучастия в расходах, как совместные платежи и совместное страхование; только в Швейцарии широко используется удержание средств. Практически во всех странах Западной Европы установлена максимальная ставка для выплат наличными с целью облегчения финансового бремени отдельных лиц или домашних хозяйств, связанного с оплатой медицинских услуг, и ни в одной стране не установлен максимальный уровень получаемых медицинских услуг. Следовательно, отличительной чертой этих систем является защита доходов населения.

В большинстве стран Западной Европы врачи не имеют права выставить дополнительные счета. Бельгия, Франция и Дания (в рамках программы группы 2¹⁰) являются исключениями.

Базовые цены на фармацевтические препараты установлены в Дании, Германии, Нидерландах, Норвегии и Швеции. В Германии согласно закону о реформе системы здравоохранения в 1989 году был введен максимальный уровень возмещения (базовая цена) по каждому лекарственному препарату, причем потребители обязаны уплачивать разницу между розничной ценой и базовой ценой. В какой-то степени базовые цены — это особый случай ограничения охвата предоставляемых населению услуг. Согласно правилам, принятым в рамках этой системы, расходы медицинского учреждения (или страховой компании) за единицу товара ограничиваются определенными размерами, однако потребители вправе сами выбирать имеющиеся товары на рынке. В Германии базовые цены приблизительно равны средним ценам на аналогичные виды лекарственных препаратов (т.е. лекарственные препараты с аналогичными активными ингредиентами, с сопоставимыми лечебными активными ингредиентами и с сопоставимыми лечебными свойствами). К середине 1993 года на рынке Германии базовые цены были установлены приблизительно на половину лекарственных препаратов. Правительство поставило перед собой задачу охватить системой базовых цен 70% лекарственных препаратов (190).

Политика стран в области добровольного медицинского страхования (некоммерческое или коммерческое страхование) оказывает свое влияние на эффект соучастия в расходах. В большинстве стран Западной Ев-

¹⁰В рамках этой программы пациенты могут сами выбирать поставщика услуг, но врачи вправе взимать плату, которая выше установленного уровня вознаграждения. В 1991 году этой программой было охвачено 4% населения.

Таблица 7. Соучастие пациентов в расходах в системах здравоохранения стран Западной Европы

| Страна (источник) | Тип производителя услуг | | |
|---------------------------|--|--|---|
| | Первое посещение врача | Лечение у специалистов и в стационаре | Фармацевтические препараты |
| Австрия (2) | 80% населения не охвачено соучастием в расходах; основная часть населения застрахована в рамках совместного страхования или не охвачена соучастием в расходах по причине низкого дохода. | Комбинация совместных взысканий и совместного страхования (имеются исключения). Оплата наличными в больницах ограничена первыми 28 днями лечения. | Совместная оплата взысканий лекарственных препаратов. Эта система не охватывает лекарственные препараты без рецептов. |
| Бельгия (51, 171, 188) | Незначительные масштабы совместных платежей или совместного страхования (льготы для лиц с низким доходом). Допускается выписка дополнительных счетов. | Различные виды совместных платежей по шкале оплаты услуг; льготы уменьшаются по истечении 90 дней (меньше - выписки совместных платежей для лиц с низким доходом). | Совместные выплаты или совместное страхование, причем ставки варьируются в зависимости от вида лекарственного препарата от 0 до 85%; лекарственные препараты, не включенные в рекомандованный список, не оплачиваются по линии страхования. |

Т а б л и ц а 7 (продолжение)

| | | | |
|---------------|---|---|---|
| Дания (2) | нет | нет | Различные ставки совместного страхования (0–50%) приносятся к базовым ценам. Лекарственные препараты, не указанные в рекомендованном списке, не оплачиваются по линии страхования. |
| Финляндия (2) | Соучастие в расходах не предусмотрено. Существует выбор годовой предварительной оплаты или доплаты с установлением максимального размера платежей из личных средств пациентов наличными; имеются различия по муниципалитетам. | Установлены максимальные ставки оплаты одного дня пребывания в больнице и оплаты одного посещения специалиста. | Совместное страхование. |
| Франция (189) | Совместное страхование; определенным категориям врачей разрешено выставить дополнительные счета. | Совместное страхование по дневной ставке, дополнительно к этому доплата за покрытие расходов на питание. После 30 дней оплата наличными не предусматривается. | Большая часть фармацевтических препаратов охвачена совместным страхованием; препараты, не включенные в национальный перечень утвержденных препаратов, не охватываются страхованием. |

Т а б л и ц а 7 (продолжение)

| | | | |
|------------------------|--|---|---|
| Германия (172, 190) | нет | Фиксированная ставка совместной оплаты продолжительностью до 14 дней в год; по истечении этого срока оплата наличными не предусматривается. | Различные варианты совместной оплаты; установление базовых цен; препараты, не включенные в утвержденный перечень, не охватываются страхованием. |
| Греция (2) | Соучастие в расходах не предусмотрено, однако широко встречается практика выставления дополнительных счетов частными врачами. | Соучастие в расходах не предусмотрено в случаях стационарного лечения в больнице. Некоторые фонды имеют совместное страхование по диагностическим услугам. | Совместное страхование. |
| Исландия (2) | Совместная оплата, причем оплата за посещение врачей вне обычного рабочего графика производится по более высоким ставкам. Более высокие ставки совместной оплаты за посещение больных на дому. Максимальная ставка оплаты наличными. | Соучастие в расходах не предусматривается в случаях стационарного лечения в больнице. Комбинация совместной оплаты и совместного страхования в случаях обращения к специалистам и амбулаторного лечения в стационарах. Совместная оплата диагностических услуг. Максимальная ставка оплаты наличными. | Комбинация вычетов за «один день», выписки лекарственных препаратов, включая совместное страхование и определенную максимальную ставку оплаты наличными. Некоторые препараты выдаются бесплатно, другие — не охватываются страхованием. |

Т а б л и ц а 7 (продолжение)

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Ирландия (171, 188, 191) | Соучастие в расходах не предусматривается для населения «категории I», (37% в 1987 году). Оплата в полном объеме для населения других категорий, если только они не заключают договоры страхования. Из средств застрахованных лиц производятся годовые вычеты, которые определяют также максимальную ставку оплаты наличными. | Соучастие в расходах не предусмотрено для населения «категории I», в государственных больницах. Население остальных категорий осуществляет совместные выплаты за первое посещение врача в поликлинике и совместно оплачивает услуги на суточной основе за первые десять дней пребывания в течение одного года лечения в государственной больнице. Лечение в государственных и частных больницах оплачивается страховыми компаниями. | Соучастие в расходах не предусматривается для населения стационарного лечения. Соучастие в расходах введено в 1990 году в государственных больницах для диагностических услуг, посещения специалистов и курортного лечения. |
| Италия (2, 171) | Нет | Соучастие в расходах только за покупку основных лекарственных препаратов. Большая часть других лекарственных препаратов оплачивается за счет вычетов и совместного страхования. Некоторые лекарственные препараты не охватываются страхованием. | |

Таблица 7 (продолжение)

| | | | |
|---------------------|--|--|--|
| Люксембург (171) | Совместное страхование | Посуточная совместная оплата с поправкой на инфляцию. | За счет совместного страхования оплачиваются лекарственные препараты для амбулаторного лечения, за исключением «особых заболеваний». Лекарственные препараты для стационарного лечения выдаются бесплатно. |
| Нидерланды (172) | Соучастие в расходах не предусмотрено для лиц, имеющих государственную страховку; размер соучастия для владельцев частных страховок варьируется. | Соучастие в расходах не предусмотрено для лиц, имеющих государственную страховку; размер соучастия для владельцев частных страховок варьируется. | Действует система базовых цен; страхование не охватывает препараты, не включенные в рекомендованный перечень. |
| Норвегия (2) | Соучастие в расходах и наличие ежегодной максимальной ставки оплаты наличнымими всех услуг. | Соучастие в расходах не предусмотрено для стационарного лечения. Соучастие в расходах предусматривается для диагностических услуг. | Система базовых цен на основные лекарственные препараты. |

Таблица 7 (продолжение)

| | Соучастие в расходах. | Соучастие в расходах. | Две ставки совместного страхования в зависимости от типов лекарственных препаратов. Кроме того, некоторые препараты выдаются бесплатно, но другие препараты не охвачены страхованием. |
|----------------------|--|--|--|
| Португалия (2, 171) | Соучастие в расходах. | Соучастие в расходах. | Совместное страхование. Препараты, не включенные в рекомендованный перечень, не охватываются страхованием. |
| Испания (171) | — | — | Совместные выплаты за перенесенные выпущенные лекарственные препараты; существенно уменьшена ставка совместных выплат за дополнительные препараты. Базовые цены на препараты с аналогичными общими характеристиками. |
| Швейцария (172, 192) | Совместные выплаты и годовые максимальные ставки оплаты различными всеми услугами, за исключением стационарного лечения. | Совместные выплаты на суточной основе за стационарное лечение. Совместные выплаты за осмотр врачами-специалистами. | Совместные выплаты за перенесенные выпущенные лекарственные препараты; существенно уменьшена ставка совместных выплат за дополнительные препараты. Базовые цены на препараты с аналогичными общими характеристиками. |
| Швейцария (2) | Ежегодные вычеты и совместное страхование. | Совместные выплаты на суточной основе за лечение в больнице. | Соучастие в расходах отличается по видам страховых компаний. Препараты, не включенные в рекомендованный перечень, не охватываются страхованием. |

Таблица 7 (продолжение)

| | | | |
|-------------------------------|--|---|---|
| Турция (2) | В основном на рынке функционируют частные производители услуг, которые взимают плату за услуги на гонорарной основе. | Системы социального страхования охватывают все выплаты; не застрахованные лица оплачивают медицинские услуги. | Все системы социального страхования предусматривают совместное страхование расходов на приобретение лекарственных препаратов для амбулаторного лечения. |
| Соединенное Королевство (172) | нет | Соучастие в расходах не предусмотрено, за исключением случаев лечения в стационарах повышенной комфортабельности. | Совместные выплаты, но 83% рецептов исключены. Препараты, не включенные в рекомандованный список, не оплачиваются в рамках НСЗ. |

ропы такое страхование либо не допускается (например, в Бельгии и Норвегии), либо может использоваться для оплаты частных услуг, которые не включены в стандартный набор национальных медицинских услуг или не охвачены системой социального страхования (например, в Австрии, Италии и Соединенном Королевстве). В Дании и Франции, однако, отдельным лицам разрешается оплачивать страхование, которое охватывает обязательство по соучастию в расходах национальной системы страхования.

Практически во всех странах Западной Европы лица с низким доходом и хронически больные несут ограниченные обязательства по соучастию в расходах или не несут их вовсе. В Бельгии, например, члены семей с низким доходом не охвачены или частично охвачены системой соучастия в расходах. Плата за медицинские услуги не взимается с лиц с низким доходом, которые входят в категорию «экономически неактивного населения», т.е. не взимается плата за лечение вдов, сирот, пенсионеров и иногда детей (51, 171). В Австрии население, нуждающееся в социальных услугах, лица с доходом ниже установленного уровня (17% населения в 1990 году (2) не охвачены системой соучастия в расходах на приобретение фармацевтических препаратов. Кроме того, зачастую не взимается плата за профилактические осмотры или за лечение конкретных хронических или инфекционных заболеваний. Во Франции, например, от соучастия в расходах освобождены лица, больные одним из 30 видов болезней, которые относятся к категории серьезных, влекущих нетрудоспособность или хронических (189). В Финляндии и Исландии на многие профилактические осмотры не распространяется система соучастия в расходах (2). В Ирландии предусмотрено бесплатное лечение лиц с инфекционными и некоторыми хроническими болезнями; рентген младенцев, осмотр детей, причем некоторые выписанные по рецепту лекарственные препараты для лиц с определенными хроническими заболеваниями, также предоставляются бесплатно (2).

В большинстве стран подходы к данной проблеме определяется централизованно — либо национальной службой здравоохранения, либо от имени системы социального страхования. В странах, где действует много систем обязательного социального страхования, схемы соучастия в расходах могут варьироваться в зависимости от категории системы, как это имеет место в Австрии (2). В Финляндии (2) и в Швеции (172), где политические системы отличаются высокой степенью децентрализации, решения в отношении соучастия в расходах принимаются на уровне местных органов власти (на уровне муниципалитетов или страны), но в установленных национальными законами максимальных пределах.

Греция и Турция не входят в число тех стран, которые предоставляют всеобщий доступ к сложившимся и хорошо функционирующим системам здравоохранения. В Греции социальное страхование является всеобщим, однако неравномерность географического размещения поставщиков

услуг приводит к тому, что многие граждане не располагают свободным доступом к медицинским услугам. Более того, широко распространена практика незаконного выставления дополнительных счетов персоналом больницы и персоналом других медицинских учреждений («деньги в конверте»), что является отражением низкой оплаты труда медицинских специалистов. В Турции лишь 60–65% населения охвачены системой социального страхования. Населению предоставлено право пользоваться услугами государственных медицинских учреждений, однако за многие услуги взимается плата. Поэтому в обеих странах существует официальная и неофициальная система взимания платы за медицинские услуги, и эти системы имеют своей целью главным образом мобилизацию дополнительных поступлений для финансирования медицинских услуг.

Соучастие в расходах в странах ЦВЕ и СНГ

В большинстве стран ЦВЕ и СНГ главная проблема в осуществлении политики в области здравоохранения связана с мобилизацией поступлений. Несмотря на то, что страхование и всеобщее налогообложение являются эффективными методами мобилизации ресурсов по сравнению с непосредственным взиманием платы за медицинские услуги с пациентов, сокращение занятости, которая наблюдается в последние годы в большинстве стран, способствовала сужению возможностей для обеспечения внесения обязательных взносов в фонд социального страхования, поскольку эти взносы обычно оплачиваются работодателями и работниками. Размеры поступлений, которые могут быть мобилизованы через систему всеобщего налогообложения, также ограничены. Таким образом, многие (хотя и не все) страны ЦВЕ и СНГ взимают непосредственную плату за медицинские услуги с пациентов, главным образом с целью изыскания дополнительных ресурсов для обеспечения услуг в сфере здравоохранения. В то же время имеющиеся факты свидетельствуют о том, что производители услуг все чаще прибегают к неофициальным каналам взимания платы с пациентов¹¹.

В таблице 8 отражена политика соучастия в расходах тех стран, по которым можно было получить информацию. В нее включена колонка, отражающая наличие (и, если это возможно, масштабы) платежей по неофициальным каналам¹².

Из таблицы 8 явствует, что платежи за услуги по неофициальным каналам широко распространены в странах ЦВЕ и СНГ, что является отражением неуклонного сокращения заработной платы. В Болгарии систе-

¹¹Эти несанкционированные сделки называются по-разному: «неофициальные платежи», «черные наличные деньги», «подпольные платежи» и «чаевые».

¹²С целью получения последовательной информации о практике соучастия в расходах по официальным и неофициальным каналам информированным источникам в странах ЦВЕ и СНГ был направлен вопросник. Если в таблице 8 не указано иное, то ответы на этот вопросник являются источником информации.

Т а б л и ц а 8. Соучастие пациентов в расходах в отдельных странах ЦВЕ и СНГ

| Страна (источник) | Категория производителя услуг | | | Неофициальные платежи |
|--------------------------------|---|--|---|--------------------------|
| | Первое посещение врача | Обращение к специалистам и в стационары | Фармацевтические препараты | |
| Болгария (193) | Соучастие в расходах в государственном секторе не предусмотрено; оплата в полном объеме услуг частного сектора (не охватывается страхованием). | Соучастие в расходах не предусмотрено, однако широкое распространение получили частные пожертвования. | Пациенты нередко оплачивают лекарственные препараты, которые официально выдаются бесплатно. | Широко практикуются. |
| Хорватия (194) | Небольшие масштабы совместного страхования, однако они имеют тенденцию к расширению. | Небольшие масштабы совместного страхования, однако они имеют тенденцию к увеличению. | Небольшие масштабы совместного страхования, однако они имеют тенденцию к увеличению. | |
| Чешская Республика (195) | Незначительные масштабы совместного страхования применительно к конкретным услугам ПМСП, установлена максимальная ставка оплаты частными врачами. Частные врачи могут взимать дополнительную плату. | Разработан план по внедрению соучастия в расходах с установленной максимальной ставкой оплаты наличными. | Соучастие в расходах; рекомендован перечень лекарственных препаратов, за покупку которых выплачивается компенсация. | Практикуются. |

Т а б л и ц а 8 (продолжение)

| | | | | |
|------------------|--|--|--|--|
| Эстония | Незначительные масштабы соучастия в расходах. | Соучастие в расходах не предусмотрено для случаев стационарного лечения; незначительные масштабы амбулаторного лечения у специалистов. | Широкие масштабы местного страхования при наличии исключений и ограничений в отношении конкретных групп населения. | Практикуются. |
| Венгрия (196) | Официальные выплаты отсутствуют. | Незначительные масштабы соучастия в расходах для случаев стационарного лечения. | Соучастие в расходах с исключением определенных групп населения. | Широко практикуются. |
| Кыргызстан (197) | 25% населения оплачивает медицинские услуги по официальной части; остальная часть населения не охвачена системой соучастия в расходах. | 25% населения оплачивает прием специалистов по официальной части; остальная часть населения оплачивает эти услуги по неофициальным каналам. Семьи нередко самостоятельно обеспечивают пациентов питанием в стационаре. | Большая часть пациентов вынуждена самостоятельно оплачивать лекарственные препараты; цены имеют широкий разброс. | Практикуются, и их масштабы увеличиваются. |

Т а б л и ц а 8 (продолжение)

| Латвия | Незначительные масштабы соучастия в расходах. | Незначительные масштабы соучастия в расходах в случае стационарного амбулаторного лечения, имеются исключения в отношении конкретных групп населения. | Соучастие в расходах. | Практикуются. |
|---------|--|---|---|--|
| Литва | Соучастие в расходах не предусмотрено или имеет незначительные масштабы. | Соучастие в расходах не предусмотрено или имеет незначительные масштабы. | Широкие масштабы местного страхования. | Практикуются. |
| Польша | Соучастие в расходах не предусмотрено. | Соучастие в расходах не предусмотрено. | Средние масштабы местного страхования для отечественных лекарственных препаратов; полная оплата импортных лекарственных препаратов. | Практикуются, их масштабы увеличиваются. |
| Румыния | Соучастие в расходах не предусмотрено. | Соучастие в расходах не предусмотрено. | Соучастие в расходах имеет место, но имеются исключения или ограничения в отношении конкретных групп населения. | Широко практикуются. |

Т а б л и ц а 8 (продолжение)

| | | | | |
|----------|--|--|---|---------------|
| Словакия | Соучастие в расходах не предусмотрено. | Соучастие в расходах не предусмотрено. | Масштабы совместного страхования различаются в зависимости от категории лекарственных препаратов. | Практикуются. |
| Словения | Соучастие в расходах не предусмотрено. | Соучастие в расходах не предусмотрено для случаев стационарного лечения. Соучастие в расходах не предусмотрено для случаев амбулаторного лечения у специалистов. | Соучастие в расходах. | Практикуются. |

матическое недостаточное финансирование услуг государственного сектора привело к широкому распространению практики незаконных платежей и практике добровольных пожертвований. Пациенты нередко самостоятельно оплачивают лекарственные препараты и медицинские средства, питание, проведение клинических анализов и другие услуги (193). В Венгрии широкое распространение получила выплата «чаевых» производителям услуг, поскольку их заработная плата резко сократилась в реальном выражении (196). Низкие ставки заработной платы медицинского персонала в Польше способствуют продолжению осуществления платежей по неофициальным каналам.

Данные, полученные в процессе обследования домашних хозяйств Казахстана, свидетельствуют о том, что пациенты, находясь на стационарном лечении в больнице, нередко вынуждены самостоятельно обеспечивать себя медикаментами и услугами, которые должны предоставляться системой государственного здравоохранения. В ходе обследования одной области в Казахстане было выявлено, что приблизительно от одной четверти до одной трети стационарных больных вынуждены самостоятельно обеспечивать себя бельем, питанием и стиркой. Данные обследований домашних хозяйств, которые были проведены в 1993 и 1994 годах в Кыргызстане, свидетельствуют, что размеры официальных и неофициальных платежей увеличились (197).

В Чешской Республике макроэкономическая ситуация улучшается гораздо более быстрыми темпами, нежели во многих соседних странах. В начале 1992 года была введена система всеобщего обязательного страхования, однако вскоре за этим последовал рост издержек, что объясняется главным образом действием стимулов, связанных с гонорарной системой оплаты медицинских услуг. С целью сдерживания расходов были осуществлены (или планируются) реформы в области предложения и спроса. Этот комплекс мер политики включает установление низкой ставки соучастия в расходах (ограниченной максимальной ставкой оплаты услуг наличными) с целью дополнения других мер политики контроля над издержками (195). Таким образом, главная цель политики соучастия в расходах в Чешской Республике, как представляется, скорее всего заключается в сдерживании расходов, а не в мобилизации ресурсов.

Быстрые темпы внедрения рыночных механизмов в систему здравоохранения стран ЦВЕ и СНГ вызывают озабоченность относительно возможностей бедных слоев населения оплачивать доступ к медицинским услугам по официальным и неофициальным каналам. Более того, экономический спад, связанный с переходным периодом, привел к увеличению процентной доли бедных слоев населения. В Венгрии, например, в 90-е годы темпы экономического роста замедлились; быстрыми темпами увеличивались масштабы безработицы, а демографические изменения привели к увеличению численности пенсионеров. Одним из последствий этих изменений стала экономическая поляризация населения. Лица с

относительно высокими доходами имеют более широкие возможности для оплаты медицинских услуг, для заключения договоров страхования и по сравнению с лицами с меньшим доходом — более свободный доступ к медицинским услугам. В целях защиты слабозащищенных групп населения некоторые фармацевтические препараты выдаются бесплатно. Сюда относятся лекарственные препараты для лечения конкретных хронических заболеваний и инфекционных болезней, включая выписываемые по рецепту лекарственные препараты для «социально нуждающихся», статус которых был подтвержден и которым в результате было выдано государственное удостоверение, дающее право на медицинское обслуживание (196).

ВОЗДЕЙСТВИЕ СОУЧАСТИЯ В РАСХОДАХ

Общие расходы на здравоохранение

Имеющиеся факты свидетельствуют о том, что соучастие в расходах приводит к уменьшению потребления услуг, но не к сохранению расходов. Общие издержки не сдерживаются вследствие того, что политика соучастия в расходах ориентирована на область спроса, а сами расходы главным образом определяются факторами предложения. Межстрановые сопоставления свидетельствуют о том, что в Соединенных Штатах ниже число посещений врачей и количество койко-дней на душу населения, чем во многих других странах, включая Канаду, Францию, Германию, Японию, Соединенное Королевство, однако расходы относительно ВВП гораздо выше, нежели в упомянутых странах. Эти данные однозначно свидетельствуют о том, что такой кажущийся парадокс объясняется высокоинтенсивным лечением во время посещения врачей (198). В Соединенных Штатах установлены самые высокие ставки для оплаты наличными, что главным образом объясняется необходимостью выполнения обязательств в области соучастия в расходах; в Соединенных Штатах зафиксированы также самые высокие уровни общих расходов. В других странах отмечены меньшие масштабы соучастия в расходах и более высокий уровень потребления медицинских услуг, но с меньшими издержками. Это не означает, что соучастие в расходах порождает увеличение издержек. Напротив, это означает, что меры, иные чем соучастие в расходах (меры в области предложения, например, контроль бюджетов), являются гораздо более эффективными механизмами сдерживания расходов.

По данным исследования Рэнд (199, 200), соучастие в расходах связано с сокращением общих расходов на здравоохранение, однако формат этого исследования не позволяет сделать твердые выводы относительно последствий для общих расходов в результате широкого осуществления политики соучастия в расходах в рамках ретроспективной системы оплаты медицинских услуг. Это объясняется тем, что производители услуг могут компенсировать снижение спроса со стороны потребителей посредством стимулирования роста услуг или стимулирования их интенсивности.

В таблице 9 приведены межстрановые данные (198) о посещениях врачей, количестве койко-дней и размеры расходов на здравоохранение в процентном отношении к ВВП. Из таблицы следует, что увеличение спроса не является главным фактором, определяющим расходы на медицинские услуги. Напротив, представляется, что таким фактором является интенсивность оказания услуг. Поскольку интенсивность услуг обеспечивается преимущественно производителями услуг, политика соучастия в расходах почти не способна оказать какое-либо влияние на уровень общих расходов.

Фармацевтические препараты

Введение системы базовых цен в Швеции привело к быстрому сокращению цен на фармацевтические препараты. В течение первых шести месяцев 1993 года доля препаратов на рынке, включенных в систему базовых цен, увеличилась с 35 до 49%. Ежегодная экономия средств в результате этого изменения составила, по оценкам, приблизительно 5% от общей стоимости фармацевтических препаратов. Однако наблюдалось сохранение прежних темпов ежегодного роста общих расходов на приобретение лекарственных препаратов, т.к. дополнительные расходы легли на плечи пациентов (192).

В Чешской Республике расходы на приобретение фармацевтических препаратов полностью покрывались страхованием вплоть до 1992 года,

Т а б л и ц а 9. Использование медицинских услуг и расходы на медицинские услуги в отдельных странах по состоянию на 1990 год

| Страна | Посещение врачей в расчете на душу населения | Количество койко-дней в расчете на душу населения | Расходы в процентах к ВВП |
|-------------------------|--|---|---------------------------|
| Канада | 6,9 | 1,5 | 9,5 |
| Франция | 7,2 | 1,5 | 8,8 |
| Германия | 11,5 | 2,3 | 8,3 |
| Япония | 12,9 | — | 6,7 |
| Соединенное Королевство | 5,7 | 0,9 | 6,2 |
| Соединенные Штаты | 5,5 | 0,9 | 12,2 |

Источник: Rasell (198).

когда была введена система соучастия в расходах. Однако это почти не повлияло на общие расходы на приобретение лекарственных препаратов, на долю которых приходится приблизительно 30% всех расходов в сфере здравоохранения (195). В Венгрии к 1994 году система соучастия в расходах охватывала приблизительно 25% всех лекарственных препаратов. За период с 1991 по 1994 год объем расходов на оплату лекарственных препаратов наличными увеличился почти в четыре раза, однако объем потребления снизился в результате резкого повышения цен на лекарства. Данные обследования 1995 года показали, что 20% рецептов не нашли своего применения, поскольку пациенты оказались не в состоянии оплатить лекарства (196).

Обеспечение справедливости в области финансирования

Привело ли соучастие в расходах к относительному увеличению бремени финансирования медицинских услуг для семей с низким доходом? Данные за 80-е годы показывают, что в Швейцарии и Соединенных Штатах Америки функционировали наиболее регрессивные системы финансирования здравоохранения из всех обследованных стран ОЭСР (201). Полученные результаты обусловлены тем, что упомянутые страны активно используют систему частного страхования и частных платежей наличными. Отмечалась крайняя регрессивность последних в этих двух странах, поскольку в большинстве случаев обязательства в области соучастия в расходах возлагаются на пациентов без учета их доходов.

Последствия соучастия в расходах во Франции с точки зрения справедливости не поддаются точному определению, поскольку там отсутствует прямая связь между доходами и дополнительным страхованием. Сотрудники мелких фирм и молодежь, а также безработные реже прибегают к услугам дополнительного страхования. Это говорит о том, что добровольное дополнительное страхование, которое включает в себя обязательства в области соучастия в расходах в рамках национальной системы страхования, может привести к перекосу финансового бремени (и, возможно, к неравной доступности), которое ляжет на лиц, не имеющих средств для оплаты такого страхования.

Данные по Кыргызстану свидетельствуют, что оплата медицинских услуг, как по официальным, так и неофициальным каналам, увеличивает масштабы неравенства в области финансирования. Оплата наличными за лечение конкретного отдельного заболевания может лечь тяжелым финансовым бременем на многие семьи. В 20% случаев общие расходы на лечение конкретного заболевания превышали месячный доход всей семьи больного. По имеющимся данным, почти 50% стационарных больных в момент обследования испытывали серьезные трудности в поиске денег для оплаты своего пребывания в больнице, и одна треть из них занимала деньги для оплаты больничных счетов. Чтобы изыскать необходимые

деньги, больные часто продавали свое имущество (скот в сельских районах, потребительские товары в городах). В целом имеющиеся данные свидетельствуют о том, что оплата наличными медицинских услуг распределяется неравномерно, т.е. семьи и отдельные лица из бедных слоев населения несут более тяжелое бремя расходов (197).

ВЫВОДЫ

Соучастие в расходах не является достаточно действенным механизмом политики как для повышения эффективности, так и для сдерживания расходов в сфере здравоохранения. Поскольку поставщики услуг оказывают заметное влияние на динамику расходов, то предложения услуг скорее всего дадут более ощутимые результаты, чем меры, направленные исключительно на регулирование спроса. Соучастие в расходах приведет к уменьшению объема потребления услуг, однако такое сокращение не будет эффективным с точки зрения сдерживания расходов. Это объясняется тем, что расходы на медицинское обслуживание прежде всего зависят от интенсивности оказания медицинских услуг, которую определяют сами поставщики этих услуг.

Значимость и вероятное воздействие соучастия в расходах зависят от услуг, на которые это соучастие направлено, и в более широком контексте от системы оплаты услуг. Использование соучастия в расходах в качестве механизма ограничения спроса имеет смысл только тогда, когда речь идет о первом посещении врача. Что касается более длительного лечения у врачей-специалистов, то соучастие в расходах почти не оказывает влияния на потребление услуг и, следовательно, почти не влияет на эффективность услуг. Если производители услуг получают плату за свои услуги ретроспективно, то сокращение потребления услуг вследствие соучастия в расходах будет стимулировать поставщиков услуг к тому, чтобы увеличивать объем услуг в расчете на одного пациента (интенсивность оказания услуг), с тем чтобы поддерживать уровень своих доходов. Поэтому при такой системе оплаты соучастие в расходах почти не влияет на сдерживание расходов, и имеющиеся данные свидетельствуют о том, что поставщики услуг могут отреагировать и реагируют на сокращение спроса на услуги их потребителями за счет увеличения объема лечебно-диагностических услуг. Если производители услуг получают возмещение за свои услуги на основе методов предварительной оплаты, то такое увеличение объема услуг теряет смысл. Влияние соучастия в расходах в этом случае по-прежнему будет незначительным, поскольку стимулы в области предложения услуг достаточно эффективны с точки зрения сдерживания роста расходов.

Без компенсационных административных процедур соучастие в расходах может породить несправедливость в том, что касается финансирования медицинских услуг и получения доступа к этим услугам. Если соучастие в расходах будет осуществляться без учета размеров дохода, то

совместные платежи и совместное страхование лягут более тяжелым бременем на бюджеты семей с низким доходом. Без конкретных мер освобождения групп населения с низким доходом от оплаты услуг наличным доступ к медицинским услугам будет открыт не для всех. Имеющиеся данные убедительно свидетельствуют о том, что бедные слои населения реже прибегают к медицинским услугам по сравнению с состоятельными слоями населения. Такой ограниченный доступ к медицинским услугам может привести к ухудшению состояния здоровья бедных слоев населения и усугубит положение больных. Поэтому для обеспечения справедливости необходимо принять меры смягчения последствий соучастия в расходах для бедных слоев населения.

Прямая оплата медицинских услуг пациентами как механизм мобилизации средств для медицинского обслуживания вряд ли обеспечит значительные поступления без неблагоприятного воздействия на принцип равного доступа.

Определение приоритетов в сфере здравоохранения

Рациональное распределение ресурсов между конкурирующими секторами было всегда актуальным вопросом для сферы здравоохранения. Принимаемые в этой области решения отражают относительную приоритетность различных услуг или категорий пациентов; чаще всего эти решения опосредованно принимаются специалистами системы здравоохранения. Нормирование¹³ услуг для отдельных лиц также практикуется через составление списков ожидания или внедрение механизмов соучастия в расходах. Следует отметить такое новое явление, как повышение интереса к этому процессу со стороны политиков и просто граждан, а также вытекающие требования относительно гласности и открытости.

Дискуссии вокруг определения приоритетов имеют особое значение при рассмотрении фундаментальных вопросов относительно будущих масштабов государственного финансирования здравоохранения. Это, в частности, касается тех систем, где идет поиск наиболее важных услуг или пакета базовых видов медицинской помощи. Такие дискуссии ведутся также в рамках других систем. Благополучие того или иного государства в будущем всегда зависит от возможности правительства обеспечивать функционирование всеобщей и общедоступной системы здравоохранения. Некоторые экономисты выступают за то, чтобы в этом вопросе более важную

¹³В настоящем обзоре понятия «нормирование» и «определение приоритетов» взаимозаменяемы. Оба понятия используются для описания процесса, в рамках которого принимаются решения в области здравоохранения, в частности, в тех случаях, когда спрос на медицинские услуги превышает объем имеющихся ресурсов. Нормирование отражает сокращение объема услуг в результате определения приоритетов между конкурирующими секторами.

роль играло не правительство, а сами потребители. Кроме того, они выступают за отход от системы государственного финансирования сферы здравоохранения. Другие аналитики решительно оспаривают эту точку зрения, и нормирование медицинских услуг при отказе от государственного финансирования вовсе не является общепризнанной концепцией.

Некоторые специалисты утверждают, что нормирование не потребовалось бы в случае предоставления дополнительных средств и более эффективного использования ресурсов. Действительно, как указывалось выше, страны могут изменить приоритеты в области государственных расходов, с тем чтобы выделить больший объем ресурсов на сферу здравоохранения, увеличить объем поступлений через налогообложение или социальное страхование и с тем чтобы переложить расходы на частный сектор. Кроме того, как будет показано в следующих главах, существуют широкие возможности для повышения эффективности финансирования только тех мероприятий, которые действительно необходимы, и путем избрания противозатратных подходов к распределению ресурсов. Создание противозатратных механизмов обслуживания должно быть главной целью руководящих органов, поскольку такие механизмы могут устранить или уменьшить необходимость нормирования доступа к необходимым услугам.

В этой связи в настоящем разделе более подробно рассматриваются вопросы, связанные с определением приоритетов и нормированием. Вначале рассматриваются основные стратегии определения приоритетов, затем рассматривается опыт стран европейского региона. В заключение приводится ряд обобщенных выводов.

ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПРИОРИТЕТОВ

Определение приоритетов в сфере здравоохранения вызывает интерес у исследователей, специализирующихся в самых различных дисциплинах. Весомый вклад в определение приоритетов в сфере здравоохранения вносят не только экономисты, но и политики, философы и эпидемиологи. Так, анализируя картины смертности и заболеваемости, эпидемиологи вносят свой вклад в процесс принятия решений посредством выявления основных причин смерти, потери трудоспособности и последствий различных болезней. Экономисты, в свою очередь, проводят сопоставления эффективности различных процедур с точки зрения затрат.

Политики и аналитики часто критикуют деятельность эпидемиологов и экономистов. Они считают, что определение приоритетов не может сводиться к чисто техническим процедурам, поскольку в своей сущности оно связано с определенными ценностями. Поэтому политики считают, что технические процедуры — это всего лишь один элемент процесса принятия решений, причем не самый важный. Кляйн (202), например, особо подчеркивает важное значение процесса принятия решений и роль различных групп в этом процессе. Политики считают также, что технические

процедуры могут породить ошибки в случае их недостаточного обоснования. Они полагают, что надо действовать методом проб и ошибок (203) и обеспечивать открытость дискуссии вокруг определения приоритетов. Что касается роли ценностей в процессе определения приоритетов, то политики затрагивают здесь сферу деятельности философов, в частности, обращая внимание на моральную сторону принятия решений и на этические принципы, которые лежат в основе принятия решений в области здравоохранения. Существуют различные концепции справедливости, в частности, существуют утилитарные подходы и подходы, основанные на удовлетворении потребностей (204, 205). Философы, как и политики, часто критикуют экономистов. Они считают, что экономисты исходят в своей работе из спорных моральных предположений и не признают тот факт, что в демократическом обществе каждый человек представляет собой ценность и имеет свои права (206).

Растет также объем практической работы по анализу тех систем, в рамках которых особое внимание уделяется установлению приоритетов. Особо важное значение в этой связи имеют исследования, которые основаны на практических исследованиях, направленных на разработку концепций в области определения приоритетов.

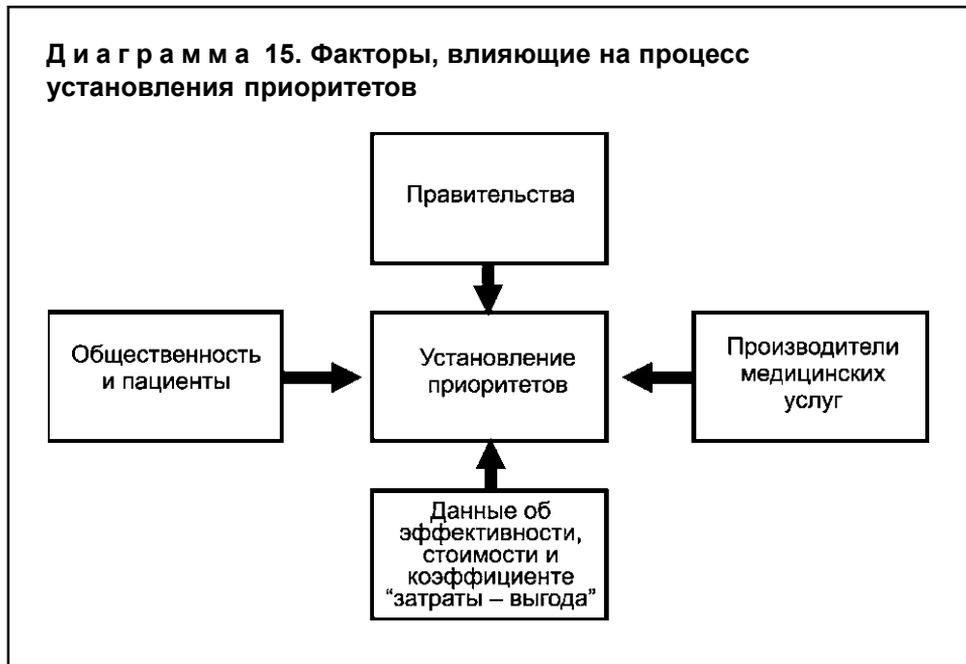
Кляйн (207) считает, что определение приоритетов в сфере здравоохранения имеет несколько уровней. На макроуровне установление приоритетов связано с приоритетностью здравоохранения относительно других потребностей в ресурсах. На другом уровне определение приоритетов связано с распределением бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, между различными географическими районами и сферой услуг. На третьем определении приоритетов связано с распределением ресурсов между конкретными видами лечения, например, приоритетность операций по пересадке сердца по сравнению с операциями на открытом сердце. Кроме того, определение приоритетов связано с очередностью лечения пациентов в случае невозможности немедленной организации курса лечения. Наконец, необходимо устанавливать приоритеты применительно к отдельным пациентам, особенно если речь идет о новых или дорогостоящих методах лечения, когда необходимо принять решение относительно целесообразности лечения или его продолжительности.

Такая разбивка приоритетов по уровням представляет собой полезную основу для анализа процессов определения приоритетов в сфере здравоохранения. Хотя решения на микроуровне находятся под влиянием решений на макроуровне, дискуссии вокруг определения приоритетов зачастую проводятся без учета различных уровней, и это приводит к искажению картины о характере принимаемых решений и ответственности за них. Ответственность политиков на макроуровне лежит в параллельной плоскости с ответственностью медицинских работников на микроуровне. На промежуточном уровне установления приоритетов существует целый диапазон факторов политического, медицинского и управленческого

характера, и эти факторы имеют свои различия в разных системах. Способы принятия решений по приоритетам зачастую определить сложно, что связано с недостаточной открытостью этого процесса.

На диаграмме 15 в упрощенной форме показаны участники процесса принятия решений относительно приоритетов: правительства, производители услуг, общество и пациенты, а также показаны факторы, влияющие на потребности, расходы и эффективность осуществляемых мероприятий (208). Роль и относительная значимость этих факторов будут различаться в разных системах здравоохранения. В системах здравоохранения, основанных на планировании, особо важное значение имеет роль политиков и правительства как при определении приоритетов на макроуровне, так и в деле формирования политики, на основании которой будут приниматься решения на более низких уровнях. В системах, основанных на конкуренции, пациенты и медики играют более важную роль в процессе принятия решений, нежели правительство.

Существует несколько методологических подходов к определению потребностей в услугах, а также к определению стоимости и эффективности мероприятий, осуществляемых в сфере здравоохранения. Как уже говорилось в главе 2, методы, основанные на анализе последствий заболеваний, включают в себя ряд эпидемиологических и экономических критериев для определения последствий заболеваемости для смертности, а также для количественного учета стоимости и эффективности осуществляемых мероприятий (27). В этой связи можно назвать такие показа-



тели, как непрожитые годы, смертность, которую можно было бы избежать, и год жизни, скорректированный на качество (QALY). Последний показатель связан со шкалой индивидуальных приоритетов на различных уровнях инвалидности или нарушения трудоспособности, скорректированный на годы жизни, прожитые в результате различных мероприятий. Данные различных исследований можно дополнить информацией о стоимости этих мероприятий для построения таблиц QALY, отражающих соответствующие расходы. В таблице 10 (209) приведены данные по Соединенному Королевству. Использование упомянутого показателя привело в свою очередь к разработке такого показателя, как год жизни, скорректированный на инвалидность (DALY) (22), который впервые был широко использован в докладе Всемирного банка *World development report* за 1993 (28). Данные о ГЖКИ, собранные в ходе осуществления конкретных мероприятий, приводятся в увязке со стоимостью этих мероприятий, для того чтобы определить расходы на один год жизни, скорректированный на инвалидность, которые экономисты впоследствии применяют для оценки альтернативных мероприятий или для определения основного комплекса благ, связанных со здравоохранением.

Для привлечения общественности к процессу определения приоритетов использовались различные подходы (см. вставку 15). Существуют, однако, различные точки зрения относительно того, идет ли речь о полном или всего лишь о частичном участии. Многое зависит от поставленной задачи: следует ли использовать мнение общественности для разработки политики принятия решений или же общественность следует всего лишь информировать о необходимости принятия соответствующих решений. Данные по Соединенному Королевству свидетельствуют, что большинство населения не желает участвовать в установлении приоритетов и предпочитает, чтобы решения принимались специалистами в области медицины (210). Некоторые страны, однако, прилагают значительные усилия для привлечения общественности к определению приоритетов, и эта тенденция, вероятно, сохранится в будущем.

Сфера определения приоритетов в области здравоохранения неизбежно пересекается с другими задачами сферы здравоохранения. На диаграмме 16 изображен процесс установления приоритетов, обозначены основные элементы этого процесса и показана динамика этого процесса.

В сфере здравоохранения приоритеты не могут быть установлены в вакууме. Их необходимо определять в увязке с общественными ценностями и соответствующими принципами, а также задачами политики в области здравоохранения. Организационные и правовые рамки системы здравоохранения представляют собой границы, в которых могут устанавливаться приоритеты. На текущие приоритеты сильное влияние оказывает целый ряд факторов, включая бюджетные ограничения, спрос на услуги и политическое давление. Одним из критериев, которые обычно используются для выбора приоритетных мероприятий в рамках государственных

Т а б л и ц а 10. Стоимость некоторых услуг НСЗ в расчете на QALY, август 1990 года

| Лечение | Стоимость в расчете на QALY (в фунтах стерлингов) |
|---|---|
| Анализ на содержание холестерина и лечебная диета (в возрасте от 40 до 69 лет) | 220 |
| Нейрохирургия травм головы | 240 |
| Советы врача о том, как бросить курить | 270 |
| Нейрохирургия субарахноидального кровотечения | 490 |
| Профилактика инсульта антигипертензивными средствами (в возрасте от 45 до 64 лет) | 940 |
| Имплантация кардиостимуляторов | 1 100 |
| Замена клапанов в случае сужения аорты | 1 140 |
| Замена тазобедренных суставов | 1 180 |
| Анализ содержания холестерина и лечение | 1 480 |
| Аортокоронарное шунтирование (поражение ствола левой коронарной артерии, тяжелая стенокардия) | 2 090 |
| Пересадка почек | 3 710 |
| Маммография | 5 780 |
| Пересадка сердца | 7 840 |
| Анализ содержания холестерина и интенсивное лечение (в возрасте от 25 до 39 лет) | 14 150 |
| Амбулаторное лечение гемодиализа | 17 260 |
| Аортокоронарное шунтирование (поражение одной артерии, стенокардия средней тяжести) | 18 830 |
| Непрерывное стационарное лечение перитонеального диализа | 19 770 |
| Стационарное лечение гемодиализа | 21 970 |
| Лечение анемии эритропозитном (пациенты, находящиеся на диализе; предположительное снижение смертности на 10%) | 54 380 |
| Нейрохирургия злокачественной внутричерепной опухоли | 107 780 |
| Лечение анемии эритропозитном (пациенты находящиеся на диализе; предположительное отсутствие снижения смертности) | 126 290 |

Источник: Maynard (209).

В с т а в к а 15. Участие общественности в процессе определения приоритетов

Участие общественности в нормировании имеет целый ряд форм. В Нидерландах, например, после широкого обсуждения вопросов здравоохранения с участием общественности был издан доклад правительственного комитета (58). В обсуждении решений о сфере здравоохранения приняли участие около 60 организаций. Этот процесс начался в 1991 году и завершился в 1995 году. Выводы из анализа этого процесса свидетельствуют о том, что в обсуждении вопросов здравоохранения приняла участие одна треть населения. Мнение общественности менялось. Так, в 1990 году 55% населения считало, что все виды лечения должны обеспечиваться независимо от их стоимости, тогда как в 1994 году такой точки зрения придерживалось 44% населения. Результаты этого мероприятия, к сожалению, не были использованы правительством Нидерландов в процессе принятия решений об альтернативах в сфере здравоохранения.

В Швеции Парламентская комиссия по определению приоритетов (211) в своей работе руководствовалась рядом обследований мнения общественности и специалистов сферы здравоохранения. Обследование мнения общественности проводилось на основе заполнения вопросника в январе 1994 года. Этим выборочным обследованием было охвачено 1 500 человек. Были получены ответы на 78% вопросов. По мнению большинства респондентов, медицинские услуги в первую очередь должны предоставляться людям с самыми острыми заболеваниями. Большинство респондентов согласилось также с рекомендацией Парламентской комиссии о том, что общая медицинская помощь должна быть наделена такой же степенью приоритетности, что и неотложная медицинская помощь. По мнению общественности, можно было бы сократить объем таких услуг, как косметические операции, удаление безвредных родимых пятен, программы прекращения курения и искусственное оплодотворение. В целом обследование подтвердило принципы, изложенные в первом докладе Комиссии.

В Соединенном Королевстве на местном уровне применялись различные подходы (212). Эти подходы включали в себя собрания общественности, рассылку вопросников, методы Делфи, консультации с общественностью и врачами общей практики в небольших административных единицах, конференциях, консультации с представителями советов общин, исследование рынка, оперативный анализ и консультации с целевыми группами. Создание целевых групп было особенно эффективным (213, 214).

В штате Орегон, Соединенные Штаты Америки, использовались такие методы, как собрания общественности, собрания общин и опросы общественности по телефону. Для оказания содействия проведе-

Вставка 15 (продолжение)

нию этой работы была привлечена организация, занимающаяся вопросами здравоохранения в штате Орегон. В целевые группы были включены представители различных слоев общества для обсуждения некоторых решений, которые нужно было принять. Упомянутая организация пришла к выводу о том, что такая работа особенно полезна для сбора информации о приоритетах в обществе. Однако в силу немногочисленности респондентов этим методом, к сожалению, не удалось охватить все общество.

учреждений, является потенциал, позволяющий существенно сократить масштабы заболеваемости, обеспечить противозатратную эффективность здравоохранения и удовлетворить потребности населения. Не все технически определенные приоритеты могут быть реализованы в краткосрочной и среднесрочной перспективе. Приоритеты должны отвечать трем исключительно важным требованиям осуществимости: приоритеты должны быть реально осуществимыми при достаточном качестве в рамках

Диаграмма 16. Динамика установления приоритетов в сфере здравоохранения

действующей системы здравоохранения; приоритетами должны быть охвачены все или практически все члены общества в рамках прогнозируемых ресурсов; приоритеты должны отражать известную степень политического согласия относительно их актуальности. Установление новых приоритетов требует новых подходов к их осуществлению. Потребуется разработать механизмы для изменения распределения имеющихся ресурсов, а также механизмы для изменения правил, которые регулируют отношения между учреждениями системы здравоохранения.

ТЕНДЕНЦИИ И ПРОЦЕССЫ

Определение приоритетов в странах Западной Европы

В последние годы некоторые страны европейского региона и другие страны предприняли инициативы, направленные на изучение процесса определения приоритетов на более регулярной и открытой основе. К таким странам в Западной Европе относятся Нидерланды, Норвегия, Испания и Швеция. В целом, однако, не было отмечено какого-либо существенного сокращения масштабов страхования или комплекса услуг, обеспечиваемых в рамках их законодательных систем.

Правительство Нидерландов учредило в 1990 году специальный комитет (Dunning) для изучения способов контроля новых медицинских технологий и решения проблем, связанных с нехваткой медицинских услуг, нормированием медицинских услуг и необходимостью отбора пациентов для лечения (58). В своем докладе этот комитет отметил необходимость принимать решения относительно медицинских услуг, такие, как прекращение финансирования некоторых видов лечения. Для определения того, следует ли включать тот или иной вид медицинских услуг в комплекс основных медицинских услуг комитет предложил в качестве оптимального варианта использовать четыре критерия. Эти критерии отражены в Диаграмме 17 и включают такие вопросы, как: потребность общества в определенных медицинских услугах, клиническая результативность и экономическая эффективность медицинских услуг и должны ли пациенты сами оплачивать медицинские услуги. После оценки медицинских услуг с учетом этих критериев они будут включены в комплекс основных услуг; если медицинские услуги не отвечают этим критериям, то больные должны оплачивать особые услуги за свой счет.

Используя эти критерии комитет Dunning счел, что стоматологические услуги для взрослых, лечение гомеопатическими средствами и искусственное оплодотворение могут быть выведены за рамки основных медицинских услуг. Комитет подчеркнул также, что правительство должно принять законы в защиту качественного медицинского обслуживания уязвимых групп, таких, как умственно и физически неполноценные люди. Кроме того, по мнению комитета, необходимо оценить эффективность методов медико-санитарного обслуживания и разработать четкие критерии для со-

ставления списков ожидания и списков приема в больницы. Комитет призвал также медицинских специалистов взять на себя ведущую роль в разработке руководящих принципов для оказания медицинских услуг. Несмотря на то, что первая реакция на этот доклад была сдержанной, правительство Нидерландов утвердило этот доклад, и по большинству содержащихся в нем рекомендаций были приняты соответствующие меры. Представляется, что дальнейший прогресс в Нидерландах будет опреде-

Д и а г р а м м а 17. Метод для определения основного комплекса медицинских услуг



Источник: Dunning (58).

ляться стимулированием врачей к внедрению более совершенных методов медицинской помощи (Mulder, J., неопубликованные данные, 1995 год).

Установление приоритетов в Швеции в значительной мере определялось результатами работы, проделанной в Норвегии. Как и в Нидерландах, в этих двух странах желание сократить лист ожидания было одним из факторов, который побудил директивные органы к принятию соответствующих мер. В 1992 году правительство Швеции учредило Парламентскую комиссию по приоритетам. В 1995 году эта Комиссия подготовила свой заключительный доклад (211). Комиссия пришла к выводу, что установление приоритетов должно основываться на продуманной и четкой этической платформе. В этой связи Комиссия предложила руководствоваться для начала тремя принципами:

1. *Человеческое достоинство*: все люди обладают равным достоинством и равными правами независимо от их личных характеристик и обязанностей в обществе;
2. *Потребности и солидарность*: ресурсы следует выделять на удовлетворение самых первоочередных потребностей, и особое внимание следует уделять потребностям тех групп, которые не знают своих прав и которые имеют меньше шансов по сравнению с другими высказать свое мнение или реализовать свои права;
3. *Эффективность с точки зрения затрат*: при выборе различных вариантов предпочтение следует отдавать сбалансированному подходу к затратам и отдаче (этим принципом следует руководствоваться только при сопоставлении методов лечения одного и того же заболевания).

Эти принципы перечислены в порядке их значимости. На практике это означает, что принцип эффективности с точки зрения затрат наделяется относительно меньшей степенью приоритетности. Комиссия подчеркнула, что для установления приоритетов некоторые критерии неприемлемы. Не могут считаться приемлемыми такие критерии, как преклонный возраст, членовредительство и социальное положение. Исходя из этого Комиссия установила ряд категорий приоритетов. Высшей степенью приоритетности было надделено лечение болезней, которые угрожают жизни человека, лечение хронических болезней и лечение серьезных умственных расстройств с последующей реабилитацией; низшей степенью приоритетности было надделено лечение незначительных расстройств и болезней, с которыми можно справиться с помощью самолечения. В отличие от комитета Dunning Парламентская комиссия Швеции не сделала конкретных предложений в отношении целесообразности финансирования некоторых видов медицинских услуг, а рекомендовала руководствоваться ее указаниями при принятии решений относительно приоритетов. Следует отметить также особый подход Комиссии Швеции, который заключается в принятии мер по выявлению мнения общественности.

Соединенное Королевство не предпринимало национальных инициатив, схожих с инициативами Нидерландов и Швеции. Однако недавние реформы НСЗ, в рамках которых была установлена ответственность за оплату и обеспечение медицинских услуг (наряду с освещением случаев отказа в медицинских услугах некоторым пациентам) вызвали большой интерес и стимулировали принятие мер в отношении установления приоритетов. Органы здравоохранения играли ведущую роль в принятии мер по разработке более систематизированных подходов к установлению приоритетов, и был проведен ряд исследований с целью обзора их работы (212, 215, 216). Органы здравоохранения все чаще принимают решения с учетом мнения специалистов в своих областях, включая мнение людей на местах и мнение врачей общей практики. Они проводят также эпидемиологическую оценку потребностей в области здравоохранения в целях облегчения процесса принятия решений. В некоторых случаях такой подход привел к принятию решений о прекращении финансирования некоторых медицинских услуг, однако большая часть органов здравоохранения внесла лишь незначительные изменения в свои планы и незначительно изменила свои приоритеты.

В результате разделения ответственности между потребителями и поставщиками медицинских услуг органам здравоохранения было рекомендовано пересмотреть устоявшиеся структуры расходования средств и избрать более критический подход к запросам производителей услуг. Министерство здравоохранения выдвинуло ряд инициатив, направленных на внедрение апробированных методов лечения в рамках своей программы исследований и разработок (217). Эти инициативы включают создание Центра по вопросам исследования и внедрения эффективных медицинских услуг, который издает доклады с обзором эффективности различных услуг, а также создания центра Cochrane (218). При этом основная задача заключалась в обеспечении того, чтобы решения относительно медицинских услуг принимались на основе результатов исследований. Органам здравоохранения было рекомендовано разработать методы использования этих руководящих принципов и составить перечни медицинских услуг, а также внедрить в практику проверку медицинских услуг с целью анализа практики профессиональной медицинской помощи и внедрения высоких стандартов. На национальном уровне министерство здравоохранения издает ежегодник по планированию и установлению приоритетов, и этот ежегодник служит основой для работы органов здравоохранения. Однако в этом ежегодно издаваемом руководстве содержится слишком много приоритетов, и почти не принимались меры к тому, чтобы определить самые насущные приоритеты.

По мнению правительства Великобритании, при установлении приоритетов следует определять прежде всего эффективность медицинских услуг и исключать неэффективные услуги из сферы деятельности НСЗ (219). На практике некоторые услуги были выведены за рамки НСЗ, объем некоторых услуг был ограничен в результате нехватки финансовых средств

и, видимо, следует ожидать дальнейших сокращений объема некоторых услуг (220, 221). Правительство не откликнулось на призыв организовать в национальном масштабе дискуссию об установлении приоритетов. Правительство не сочло необходимым создавать как в других странах комитеты для рассмотрения возможных перспектив.

Некоторые страны за пределами европейского региона продемонстрировали примеры систематизированного подхода к установлению приоритетов, такие подходы, в частности, были избраны Комитетом основных услуг в Новой Зеландии и штате Орегон в Соединенных Штатах Америки. Такие подходы изложены во Вставке 16.

В с т а в к а 16. Примеры определения приоритетов за пределами Европы

В штате Орегон в 1989 году была учреждена Комиссия Штата по вопросам здравоохранения с целью вынесения рекомендаций законодательным органам штата о способах расширения услуг страхования в рамках программы Medicaid и о способах установления приоритетов в рамках программы Medicaid. Эта Комиссия проверила на практике ряд методов, начав с метода, основанного на экономической оценке. Полученные результаты оказались настолько необычными, что Комиссия отказалась от этих методов и избрала аналитический подход, подкрепляемый рядом опросов общественного мнения. В итоге проделанной работы был составлен список, в который были включены почти 700 статистических пар, прошедших аналогичный курс лечения. Этот список был представлен законодательным органам, и после внесения соответствующих поправок о соответствии с требованиями федерального правительства и во избежание нарушения законодательства, связанного с инвалидностью, в 1994 году был осуществлен план штата Орегон. На момент составления настоящего доклада курс лечения прошли 565 пациентов за счет средств Плана, и масштабы охвата населения были расширены в соответствии с прогнозами разработчиков Плана. Однако этот список штата Орегон не вышел за рамки программы Medicaid, и цель создания основы для медицинского страхования в масштабах всего штата достигнута не была. Ключевым элементом подхода, избранного в штате Орегон, была цель вовлечения общественности в процесс установления приоритетов в рамках опросов общественного мнения и собраний общественности. На практике была выражена озабоченность по поводу малочисленности представителей общественности, принимавших участие в работе этих совещаний, на которых преобладали представители производителей медицинских услуг (222, 223).

В Новой Зеландии в 1992 году правительство учредило Комитет по базовым услугам с целью вынесения рекомендаций относительно ус-

Вставка 16 (продолжение)

луг, которые должны быть включены в систему здравоохранения, финансируемую государством. Этот Комитет решил отказаться от составления списка услуг, который был составлен в штате Орегон. Вместо этого Комитет принял решение упорядочить оказание имеющихся услуг и приступил к процессу определения приоритетов в конкретных областях предоставления услуг. Эта работа была проделана с использованием целого ряда методов, включая организацию конференций, обзоры опубликованных исследований и международных данных, экспертную оценку современной практики, закрытые семинары-практикумы, собрания общественности и опросы общественного мнения. В большинстве случаев основная цель заключалась в разработке руководящих принципов оказания соответствующих услуг, и впоследствии эти руководящие принципы были рекомендованы министерству здравоохранения. Комитет сделал вывод о нецелесообразности неизбирательного упразднения некоторых категорий медицинского обслуживания, поскольку такое упразднение может причинить ущерб лицам, прибегающим к таким услугам. Эти руководящие принципы имели одной из своих целей выявление групп, которые вероятнее всего нуждаются в медицинских услугах. В этой связи ресурсы должны были выделяться с максимальной отдачей для целей обеспечения здоровья населения. К середине 1995 года были обследованы 18 районов. На следующем этапе своей работы Комитет рассмотрит вопрос о приоритетах в области оказания услуг и лечения (224, 225).

Определение приоритетов в странах ЦВЕ и СНГ

Обоснование и важность определения приоритетов в сфере здравоохранения в значительной мере зависят от политической обстановки. Некоторые обозреватели считают, что политическая обстановка в странах ЦВЕ, и особенно в странах СНГ, обуславливает необходимость установления приоритетов в области эффективного использования государственных средств для системы здравоохранения. Они утверждают, что средние ассигнования на душу населения в странах СНГ на цели финансирования прежней системы медицинского обслуживания уже недостаточны и что многие эффективные с точки зрения затрат методы отодвинуты в настоящее время на задний план, финансируются недостаточно или не отвечают установленным стандартам. Для улучшения положения в сфере здравоохранения этим вопросам следует уделить больше внимания.

Первоначальные исключения касались в основном сравнительно второстепенных услуг, таких, как косметические операции и некоторые виды протезирования (Хорватия и бывшая югославская Республика Македония)

или здравниц (Чешская Республика и Словакия). Продолжающийся экономический кризис и/или прогнозируемый рост цен на услуги здравоохранения побуждают в настоящее время некоторые страны рассмотреть вопрос о более масштабном сокращении медицинских услуг. Так, бывшая югославская Республика Македония определяет гарантированный комплекс услуг, которые соизмеримы с имеющимися ресурсами. В Грузии минимальный комплекс государственных медицинских услуг составляет всего лишь 10–15% от всего комплекса необходимых медицинских услуг.

Некоторые страны ЦВЕ и СНГ в процессе установления приоритетов не руководствовались критериями последствий заболеваемости и DALY. Большая часть исследований в этих странах, однако, была ограничена анализом смертности, заболеваемости и инвалидности. Незначительная работа была проделана для анализа эффективности затрат на цели здравоохранения, и социальные приоритеты здравоохранения установлены не были.

ПОЛУЧЕННЫЕ УРОКИ

В связи с дискуссией по поводу установления приоритетов возникают сложные вопросы относительно масштабов медицинских услуг, финансируемых государством. Обзор имеющейся информации свидетельствует о том, что до сих пор ни одно государство не отказалось от своих обязательств играть ведущую роль в финансировании и регулировании медицинских услуг. Напротив, государства ставят перед собой задачу повысить эффективность использования имеющихся ресурсов и реформировать услуги на поэтапной основе. Различные страны придерживались различных подходов и методов, связанных с установлением приоритетов. Большая часть мероприятий находится на начальном этапе осуществления, и поэтому их воздействие еще не установлено. Тем не менее сформировались определенные направления развития.

Определение приоритетов в силу своего характера представляет собой сложный процесс и не может быть осуществлено с помощью «быстрых» подходов. Как уже говорилось выше, необходимо избрать стратегический подход, который предполагает принятие мер на различных директивных уровнях. Одни меры в области установления приоритетов будут приняты на политическом уровне с целью охвата всей системы в целом. Другие меры будут приняты на уровне медицинских учреждений с целью обеспечения принятия решений о порядке лечения пациентов и установления очередности проведения исследований. Для принятия продуманных и обоснованных решений необходимо прилагать соответствующие усилия на всех уровнях. Ярким примером в этой связи служит пример Нидерландов, где общенациональное обсуждение комплекса основных медицинских услуг проводилось в увязке с вопросами оценки инвестиций в технологии, разработки практических руководящих принципов и установления критериев для регулирования списков ожидания.

Кроме того, в национальных условиях, определяющих установление приоритетов и стратегии деятельности, наблюдаются существенные различия. Существуют принципиальные различия между нормированием услуг путем исключения и нормированием услуг на основе руководящих принципов (226). В штате Орегон предпочтение отдано индивидуальному нормированию услуг, особенно в отношении женщин с низким доходом и детей. В отличие от этого подхода Комитет Новой Зеландии по базовому обслуживанию отказался от метода исключения услуг и сосредоточил свое внимание на разработке руководящих принципов для оказания конкретных услуг. В Нидерландах была предпринята попытка объединить эти два подхода путем исключения определенных услуг из набора базовых услуг с уделением первоочередного внимания разработке руководящих принципов профессиональными ассоциациями.

Все системы сталкиваются с проблемой включения методов установления приоритетов в процесс обсуждения общественностью тех решений, которые следует принять. Хотя в рамках некоторых систем особой упор делается на технические подходы, по общему признанию, установление приоритетов не может ограничиваться техническими мероприятиями. Это, в частности, касается использования некоторых экономических подходов, таких как QALY и DALY, информационно-пропагандистская ценность которых широко признается только в качестве одного из аспектов процесса установления приоритетов. Технические методы необходимо соизмерять с мнением широкой общественности относительно решений, которые следует принять. Методологии привлечения общественности к процессу установления приоритетов находятся на различных этапах разработки; их разработка сопряжена с серьезными проблемами, и пока еще накоплен незначительный объем информации об их относительной эффективности. Однако широко признается важное значение продолжения процесса изыскания способов привлечения общественности к принятию решений относительно установления приоритетов.

Необходимость привлечения общественности к установлению приоритетов тесно связана с необходимостью принимать решения относительно нормирования услуг в легитимном порядке. Решения, принимаемые в области установления приоритетов, не могут однозначно считаться верными без их дальнейшей проверки. Такие решения отражают целый спектр взглядов отдельных лиц, групп и обществ. Поэтому процесс принятия решений должен осуществляться на основе законности. Законность этого процесса прежде всего определяется его открытостью и учетом различных интересов. Подходы, избранные Нидерландами и Швецией, служат примерами того, как две европейские страны пытаются решить эти вопросы на национальном уровне, тогда как Соединенное Королевство основное внимание уделяет развертыванию эффективного процесса принятия решений на местном уровне. Однако несмотря на эти различия, широко признается необходимость придания процессу нормирования

услуг открытого характера и установления порядка отчетности перед общественностью за конкретные решения о нормировании услуг.

Что касается принятия решений в сфере здравоохранения, то лица, ответственные за разработку политики, должны обеспечивать равновесие между выполнением различных задач. Процесс принятия решений связан с компромиссами в решении поставленных задач, поскольку необходимо достичь равновесия между всеобщим страхованием, справедливостью, эффективностью, альтернативами, сдерживанием расходов и другими задачами. Как отмечал Комитет Dunning в Нидерландах, решения в сфере здравоохранения должны приниматься с учетом цели обеспечения базовых медицинских услуг для всего населения и с учетом необходимости сдерживать расходы. В Нидерландах задача сдерживания расходов получила приоритет над всеобъемлющими подходами. То же самое имеет место в Соединенном Королевстве, где политика правительства сдерживания расходов на НСЗ предусматривает ограничение объема некоторых низкоприоритетных услуг, таких, как лечение бесплодия.

Другая важная цель заключается в обеспечении справедливости. В Нидерландах и Швеции справедливость или солидарность открыто провозглашаются основными принципами, которыми следует руководствоваться при установлении приоритетов. В обеих странах особо важное значение придается медицинскому обслуживанию уязвимых групп. Так, Парламентская комиссия по установлению приоритетов в Швеции особо подчеркнула необходимость обеспечения рационального использования ресурсов без ущерба для обеспечения справедливости. Все это свидетельствует о том, что процесс установления приоритетов невозможен без компромиссов. Хотя важное значение рационального использования ресурсов признается достаточно широко, это всего лишь одна из многих целей, достижение которой должно соизмеряться с другими соображениями.

Выводы, которые делают национальные комитеты, не всегда подтверждаются на практике. Доклад Комитета Dunning служит примером того, как работа Комитета экспертов может влиять на ход дискуссий и преобразований. Создание национальных организационных структур, однако, является всего лишь одним элементом этого процесса. Деятельность организационных структур должна иметь практическую отдачу и, что более важно, оказывать влияние на решения, принимаемые медицинскими учреждениями. Если исходить из того, как это подтверждает международный опыт, что рациональное и надлежащее использование ресурсов медицинскими специалистами занимает центральное место в процессе установления приоритетов, то стратегии принятия решений в сфере здравоохранения являются по крайней мере такими же важными, что и провозглашенные национальные принципы. На практике вопрос заключается не в том, чтобы изменить порядок принятия решений в сфере здравоохранения или разработать национальные организационные структуры, а в том, чтобы увязать эти два процесса.

Другим важным аспектом является достижение поставленных целей. Даже четко определенные приоритеты не всегда могут быть осуществлены на практике в краткосрочном или среднесрочном плане. Эти приоритеты должны отвечать трем требованиям их достижимости, как об этом говорится выше (с. 140). Необходимо осуществить также преобразования в области финансирования и оказания медицинских услуг с учетом изменения приоритетов, например, такие преобразования, как регулирование, изменение порядка оплаты услуг их производителям, рассмотрение медицинских заключений для диагностики и лечения некоторых заболеваний, а также изменение порядка разработки программ и бюджетов.

Наконец, каждой стране необходимо найти свое решение дилеммы, связанной с установлением приоритетов, с учетом своих возможностей, ресурсов и планов. Работники директивных органов располагают следующим набором имеющихся вариантов:

- приоритеты могут устанавливаться в неявной форме, причем практикующие врачи принимают решения об оптимальных вариантах использования ресурсов;
- использование листов ожидания для регулирования доступа к услугам пациентов, жизнь которых не находится под угрозой;
- внедрение механизмов соучастия в расходах, связанных с услугами низкой степени приоритетности, за исключением, если это целесообразно, групп населения с низким доходом;
- ограничение объема некоторых услуг через составление списков рекомендованных услуг, например списков рекомендованных фармацевтических препаратов;
- концентрация ресурсов на обеспечение услуг, которые доказали свою эффективность;
- внедрение методов оценки и регулирование технологий;
- разработка практических руководящих принципов для определения доступа к услугам;
- использование результатов исследований для ориентации процесса принятия решений относительно приоритетов;
- обеспечение пользователей соответствующей информацией в целях стимулирования надлежащего использования услуг;
- налаживание процесса установления приоритетов либо в рамках министерства здравоохранения, либо в рамках группы экспертов;
- разработка комплекса принципов и категорий приоритетов для организации широких обсуждений процесса установления приоритетов с участием общественности;
- передача некоторых медицинских услуг в ведение частного сектора и/или
- составление перечня услуг, подлежащих государственному финансированию.

Кроме того, решения по ключевым вопросам установления приоритетов должны пересматриваться на регулярной основе в силу динамичного характера функционирования систем здравоохранения и медицинских услуг.

Наконец, государственные деятели, занимающие выборные должности, должны со всей ответственностью подходить к установлению приоритетов. Они должны принимать решения на основе имеющихся ресурсов, информации о потребностях населения в медицинских услугах, данных о стоимости и эффективности текущих мероприятий, они должны руководствоваться предпочтениями населения, уметь оценивать политическую реальность цели и, безусловно, дорожить общественными ценностями. Международный опыт однозначно свидетельствует о том, что нормирование медицинского обслуживания не может быть отделено от общественных ценностей.

4. СПРАВЕДЛИВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Налаживание справедливого и сбалансированного финансирования системы медицинского обслуживания при наличии ограниченных ресурсов является одной из главных задач национального политического руководства. В настоящей главе рассматриваются два аспекта этой дилеммы. Вначале рассматриваются тенденции в области финансирования в европейском регионе. Затем дается оценка совместимости механизмов финансирования, основанных на принципе общественной солидарности, с многочисленными конкурирующими страховщиками, выступающими в роли третьей стороны.

Тенденции в финансировании медицинского обслуживания

Существуют четыре основных источника средств для финансирования медицинского обслуживания: налогообложение, взносы в систему социального страхования, взносы на добровольное медицинское страхование и прямые платежи населения. Эти четыре источника можно классифицировать как обязательные или законодательно установленные системы (социальное медицинское страхование и налогообложение) или как добровольные системы (добровольное страхование и прямые платежи).

Многие системы здравоохранения в европейском регионе опираются на сочетание всех четырех источников. Тем не менее в Европейском регионе можно выделить пять категорий стран, сгруппированных по признаку преобладающего вида законодательно установленного типа механизма финансирования, который характеризует их систему здравоохранения, или по признаку преобладающей системы законодательно установленного финансирования, которую они хотели бы развивать. В таблице 11 представлены эти пять групп.

1. Системы здравоохранения, основанные на модели Бисмарка (т.е. преимущественно на медицинском страховании) с уже сформировавшейся системой финансирования.
2. Системы здравоохранения, основанные на модели Бисмарка, но находящиеся в переходной стадии.
3. Системы здравоохранения, основанные на модели Бевериджа (т.е. преимущественно на общем бюджетном источнике) с уже сформировавшейся системой финансирования.

Т а б л и ц а 11. Страны Европейского региона, сгруппированные по фактическому или планируемому методу финансирования

| Страховая система | Бюджетная система | Переход от централизованного контроля к страховой системе (5) | |
|---|--------------------------------|---|----------------------|
| | | страны ЦВЕ | страны СНГ |
| Действующие (1) | Действующие (3) | | |
| Австрия | Дания | Албания | Армения |
| Бельгия | Финляндия | Босния и Герцеговина | Азербайджан |
| Франция | Исландия | Болгария | Беларусь |
| Германия | Ирландия | Хорватия | Грузия |
| Люксембург | Норвегия | Чешская Республика | Казахстан |
| Нидерланды | Швеция | Эстония | Кыргызстан |
| Швейцария | Соединенное Королевство | Венгрия | Республика Молдова |
| | | Латвия | Российская Федерация |
| | | | Таджикистан |
| | | Литва | Туркменистан |
| | | Польша | Украина |
| На переходном этапе (2) | На переходном этапе (4) | Румыния | Узбекистан |
| Бывшая Германская Демократическая Республика ^a | Греция | Словакия | |
| Израиль | Италия | Словения | |
| Турция | Португалия | бывшая югославская Республика Македония | |
| | Испания | | |

^a Строго говоря, бывшая Германская Демократическая Республика должна быть отнесена к странам ЦВЕ, поскольку сейчас она осуществляет переход от централизованного контроля к страховому финансированию. Однако поскольку она присоединилась к Федеративной Республике Германии, и произошло объединение двух систем здравоохранения, здесь она рассматривается как страна со страховой системой на переходном этапе.

4. Системы здравоохранения, которые относительно недавно стали преобразовываться из преимущественно страховых в преимущественно бюджетные и которые, следовательно, находятся на переходном этапе.
5. Системы здравоохранения, которые исторически основаны на модели Семашко и планируют или уже полностью или частично осуществили переход к страховому принципу.

Хотя эта классификация опирается на преобладающий тип законодательно установленного механизма финансирования, «чистой» системы не существует: система бюджетного финансирования, как правило, включает также элементы социального страхования, а страховая система зачастую включает в себя многие элементы бюджетной системы. Кроме того, практически все системы здравоохранения в регионе, будь то бюджетные или страховые, либо предусматривают, либо уже планируют включить некоторые элементы обоих типов добровольного финансирования.

В таблице 11 приводится примерная разбивка преобладающих тенденций в области финансирования систем здравоохранения в Европейском регионе. Однако она не отражает важнейший элемент — время. Большинство стран в группе 1 приняли свои системы уже давно, а некоторые и в прошлом веке. В группе 2 страховые системы сейчас находятся на переходном этапе. Системы здравоохранения всех стран в группе 3 первоначально были построены на механизмах социального страхования, которые в последние десятилетия трансформировались в национальные (бюджетные) системы здравоохранения. Страны, относящиеся к группе 4, недавно приступили к переходу от страхового к бюджетному финансированию. Таким образом, группы 2 и 4, включающие страны с формирующимися системами, отличаются от групп 1 и 3 только по времени действия систем. И наконец, группа 5 состоит из стран ЦВЕ и СНГ, которые недавно преобразовали свои системы государственного финансирования в преимущественно страховые системы или планируют сделать это в ближайшем будущем.

СТРАХОВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

Устоявшиеся системы

Социальное страхование сформировалось на основе механизма распределения рисков между группами граждан, которые добровольно объединили свои денежные средства для создания финансового обеспечения на случай возникновения трудностей. Самые первые добровольные ассоциации выплачивали денежные пособия своим членам в периоды отсутствия у них работы или доходов для компенсации утраченных доходов или покрытия расходов на медицинское обслуживание. Развитие социального

страхования на базе этих ранних обществ взаимопомощи повлекло за собой применение четырех механизмов, направленных на обеспечение доступных средств защиты большинству неквалифицированных рабочих, для которых страхование первоначально и предназначалось (227):

- широкое распределение рисков посредством введения обязательного социального страхования;
- требования относительно оплаты работодателями части взносов;
- обеспечение страхования через государственные или полугосударственные некоммерческие организации;
- разработка механизма перераспределения доходов между более и менее высокооплачиваемыми работниками.

Первый закон об обязательном страховании на случай болезни был принят в Германии в 1883 году и предусматривал обязательное участие рабочих в формировании соответствующих фондов, которые до этого были добровольными. В последующий период вплоть до 1927 года было принято законодательство о страховании при несчастных случаях, по старости, продолжительной болезни, на случай смерти кормильца и безработицы. Примеру Германии последовали практически все остальные страны, и к 1930 году социальное страхование распространилось по всей Европе (227). Эволюция системы социального страхования везде вела к тому, что все новые и новые группы вступали в планы страхования, постепенно расширяя тем самым охват населения.

Системы социального страхования в Европе значительно отличаются друг от друга, хотя они и строились на одних и тех же принципах и стремились к достижению одних целей. Многие из этих различий обусловлены уникальностью социальных, экономических, институциональных и идеологических структур каждой страны, внутри которых на протяжении многих лет происходило постепенное становление систем финансирования социального страхования.

Главным источником финансирования медицинского обслуживания в этой группе стран является социальное страхование. Средства, поступившие за счет взносов по линии социального страхования, во всех случаях ассигнуются на цели медицинского обслуживания. Например, в начале 90-х годов на финансирование за счет законодательно установленного медицинского страхования приходилось 70% общего финансирования медицинского обслуживания во Франции и 60% в Германии и Нидерландах (188).

Практически во всех странах фонды социального страхования субсидируются государством, хотя объем субсидирования колеблется между странами в широких пределах (таблица 12).

Средства, поступающие из государственного бюджета, отчасти используются для субсидирования системы социального страхования. Кроме того,

Т а б л и ц а 12. Страховые взносы и государственные субсидии в некоторых системах социального страхования, начало 90-х годов

| Страна | Страховые взносы (%) | Государственные субсидии (%) |
|-----------|----------------------|------------------------------|
| Австрия | 88,0 | 12,0 |
| Бельгия | 58,0 | 42,0 |
| Швейцария | 73,9 | 14,1 |

Источник: OECD (2,188)

государственные средства обычно используются по таким статьям расходов, как общественное здравоохранение (сфера санитарного благополучия), подготовка специалистов и научные исследования в области медицины. Таким образом, бюджетное финансирование за счет общего налогообложения составляет значительную долю всего объема финансирования медицинского обслуживания. Например, в начале 90-х годов доля бюджетных средств в общем финансировании медицинского обслуживания составляла 39% в Бельгии, 21% в Германии, 37,9% в Люксембурге и 33,9% в Швейцарии (2,188).

Во всех странах обязательное медицинское страхование является частью системы социального обеспечения, которая включает в себя такие другие элементы социальной защиты, как пенсии и пособия по безработице. Однако конкретные условия не везде одинаковы. Например, в некоторых странах, таких, как Бельгия, Франция и Германия, закон о медицинском страховании является частью кодекса социального обеспечения, который включает такие другие элементы, как пенсии и пособия по нетрудоспособности. В других странах, например в Нидерландах и Швейцарии, закон о медицинском страховании не включает другие элементы социального обеспечения (228).

Во всех странах фонды медицинского страхования являются независимыми органами со своей собственной администрацией, бюджетом и юридическим статусом. Это обеспечивает их независимость от государства и государственного бюджета. Во Франции по административному праву они являются частными организациями, наделенными функциями по предоставлению общественных услуг, но поскольку государство осуществляет тщательный надзор за ними, они фактически представляют собой неправительственные «квазигосударственные» организации (189). Аналогичным образом, в Германии они — частные некоммерческие организации, или, как их еще называют, «публичные корпорации». В Швейцарии они представляют собой бездоходные «компании взаимного

страхования» (т.е. частные коммерческие страховые фирмы), соответствующие законодательно установленным условиям (228). Во всех странах фонды медицинского страхования строго регулируются государством, хотя и являются независимыми.

Количество фондов медицинского страхования или страхования на случай болезни в различных странах колеблется в широких пределах: от всего лишь 6 в Бельгии до 11 в Люксембурге, около 16 во Франции, 24 в Австрии, 53 в Нидерландах, порядка 200 в Швейцарии и примерно 1100 в Германии (2, 188). В большинстве случаев эти цифры отражают значительное снижение числа фондов, поскольку за прошедшие годы многие из них слились или объединились в более крупные союзы. В Германии, например, в момент принятия первого закона о медицинском страховании в 1883 году существовало порядка 22 000 фондов страхования на случай болезни (229). Одной из важных причин объединения было увеличение числа членов, что позволяет распределять риски между относительно более широкими слоями населения.

В некоторых странах, как например во Франции и Люксембурге, фонды организованы в основном по профессиональному признаку. Преимущественно по географическому признаку они были организованы до последнего времени в Нидерландах, а по принципу религиозной или политической принадлежности — в Бельгии. В Австрии, Германии и Швейцарии фонды страхования на случай болезни организованы по нескольким признакам. Например, в Австрии и Германии фонды могут быть организованы по профессиональному, региональному, территориальному признаку или по принципу принадлежности к конкретному предприятю (2, 188).

Членство в законодательно установленных страховых фондах обязательно практически для всего населения Австрии, Бельгии, Франции и Люксембурга. В Швейцарии оно носит добровольный характер, за исключением четырех кантонов и некоторых муниципалитетов, где оно является обязательным, и ряда кантонов, которые ввели его в обязательном порядке для определенных групп населения (например, для престарелых, детей и малоимущих). В Германии и Нидерландах членство обязательно только для лиц с доходом ниже определенного уровня. В Германии лица с доходом выше этого уровня могут выбирать между законодательно установленной системой страхования и частным страхованием, тогда как в Нидерландах (при страховании на случай получения соматической медпомощи) они могут предпочесть частного страховщика или оставаться незастрахованными (2, 188).

Ни одна из систем, финансируемых преимущественно по линии социального страхования, не имеет всеобщего охвата, поскольку охват предполагает права, основанные на определенных критериях, связанных со страховыми взносами. В большинстве стран страхованием охвачено около 99% населения, но это достигается либо только за счет законодательно

установленной системы, либо за счет сочетания последней и частного страхования. Можно выделить четыре модели охвата населения медицинским страхованием.

Примерами первой модели служат такие страны, как Австрия, Франция и Люксембург, где почти все население охвачено обязательным страхованием и где страховое покрытие является полным (распространяется на все виды медицинской помощи. — *Прим. ред.*).

Примерами второй модели служат такие страны, как Бельгия и Нидерланды, где почти все население охвачено обязательным страхованием, но некоторые категории граждан имеют лишь частичное страховое покрытие. В Бельгии около 15% населения (мелкие предприниматели) застраховано лишь на случай серьезных рисков, тогда как полным страхованием — на случай серьезных и незначительных рисков¹⁴ — пользуется остальная часть населения. В Нидерландах полный охват обязательным страхованием распространяется примерно на 60% населения, остальные жители имеют право на получение медицинской помощи только в случае хронических заболеваний.

Примерами третьей модели являются такие страны, как Швейцария, где почти все население покрыто законодательно установленным страхованием, но где членство в страховых планах носит добровольный характер.

Четвертую модель можно проиллюстрировать на примере тех стран, где только часть населения охвачена обязательным страхованием, как это имеет место в Германии, в которой 90% населения обеспечено законодательно установленной системой страхования.

В пределах этих ограничений большинство стран имеют юридически оформленный пакет видов медицинской помощи (государственную программу ОМС. — *Прим. ред.*), который единообразно применяется ко всем фондам медицинского страхования. Однако некоторые страны имеют несколько планов страхования с различными пакетами (программами) по каждому из этих планов. Австрия, например, располагает четырьмя планами, организованными по профессиональному признаку и имеющими различные программы и требования по соплатежам населения за полученные медицинские услуги. Некоторые страны, например Нидерланды, имеют отдельные планы для государственных служащих. Кроме того, фонды медицинского страхования практически во всех странах предлагают дополнительные медицинские услуги сверх тех, которые предусмотрены стандартным пакетом. Объем этих услуг также варьируется в зависимости от фонда.

Во всех этих странах взносы в фонды медицинского страхования увязаны с уровнем дохода и вносятся по фиксированной ставке как

¹⁴ Серьезные риски подразумевают стационарное обслуживание и специализированную медицинскую помощь; незначительные риски подразумевают такие элементы, как амбулаторное, стоматологическое и фармацевтическое обслуживание.

работодателями, так и работниками. В Австрии, Германии, Люксембурге и Нидерландах они распределяются в пропорции 50:50, тогда как в Бельгии и Франции работодатели вносят большую долю, чем работники. Размеры взносов согласовываются на различных уровнях, но, как правило, последнее слово в этом вопросе принадлежит центральному правительству. В ряде стран, например в Австрии, Франции, Германии и Швейцарии, разрешено варьировать ставки взносов в зависимости от фонда, что обусловлено различиями в степени рисков, которым подвержены их члены. В Бельгии и Люксембурге, напротив, ставки взносов во все фонды должны быть одинаковыми. Ставки взносов (работодателей и работников) весьма низки в Австрии и колеблются от 5,6% до 8,5% от общей суммы дохода, тогда как во Франции они довольно высоки и в самом крупном фонде, который обеспечивает страхование большей части населения страны, составляют 19,4%. В большинстве других стран размеры взносов варьируются между этими показателями (2, 188).

В Бельгии, Швейцарии и в меньшей степени в Германии население может выбирать фонды, однако свободу выбора имеют в основном «белые воротнички» (примерно половина всех членов законодательно установленных фондов Германии). В остальных странах выбор исключен из-за профессионального или территориального принципа организации фондов медицинского страхования (2, 188).

Как уже отмечалось ранее, фонды социального страхования во всех странах жестко регламентируются правительством. В течение ряда лет практически во всех странах наблюдалась тенденция к усилению государственного регулирования и контроля над финансированием системы медицинского страхования. Медицинское страхование все в большей степени регулируется законодательством, правилами и решениями национальных правительств. Это в равной степени относится к таким странам с федеративным устройством, как Австрия, Германия и Швейцария (228). К числу факторов, определяющих эту тенденцию, относятся стремление правительств сдерживать рост расходов на здравоохранение и, в меньшей степени, — справедливость и общественная солидарность. По мере усиления государственного контроля соответственно ограничивается и традиционная автономия фондов медицинского страхования.

Системы на переходном этапе

Две страны европейского региона — Израиль и Турция — имеют в настоящее время переходные системы медицинского страхования, а в восточных землях Германии система финансирования медицинского обслуживания трансформируется в соответствии с принципами, действующими на остальной территории страны.

Большинство населения Израиля застраховано четырьмя страховыми компаниями, членство в которых является полностью добровольным (229).

Закон о реформе, принятый в 1995 году, предусматривает всеобщий доступ к установленному «пакету» видов медпомощи, единообразные взносы для всех работодателей и работников, свободный выбор фонда медицинского страхования и возможность дополнительного добровольного страхования (230).

В Турции существует три страховых фонда: для «белых воротничков», мелких предпринимателей и пенсионеров, соответственно; размер программы зависит от конкретного фонда, а страховое покрытие населения является лишь частичным (229). На фонды социального страхования приходится только одна шестая всех расходов на медицинское обслуживание, а бюджетные поступления составляют около одной трети. Главная цель предложений о реформе финансирования медицинского обслуживания заключается в распространении социального страхования на все население. По замыслу реформы предполагается: ввести базовый пакет услуг, а также взносы с учетом платежеспособности членов (для самых бедных они вообще отменяются: обеспечить субсидирование социального страхования за счет государственного бюджета; передать управление фондами новому полугосударственному органу (2). Реализация реформы еще не началась.

В Германской Демократической Республике существовала бюджетная система медицинского обслуживания при жестком централизованном контроле. В ходе переговоров о присоединении к Федеративной Республике Германии было решено, что в восточных землях система медицинского обслуживания будет как можно скорее переведена на ту же организационную и финансовую основу, что и в остальной части Германии. 1 января 1991 года была создана сеть фондов медицинского страхования; основная масса населения была застрахована в обязательном порядке, а ставка взноса, по крайней мере на один год, была установлена на уровне 12,8%, т.е. на уровне средней ставки, действующей в западных землях (188).

БЮДЖЕТНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

Устоявшиеся системы

К числу стран, где системы медицинского обслуживания финансируются в основном за счет общих бюджетных поступлений, относятся Ирландия, Соединенное Королевство и страны Северной Европы. Здесь первые системы социальной защиты в области медицинского обслуживания появились в конце XIX — начале XX века в форме планов социального страхования. В этих странах, как и в группе 1, получили широкое развитие многочисленные фонды страхования на случай болезни, охватывающие небольшую часть населения (как правило, рабочих в городах и членов их семей), которые иногда субсидировались государством.

За время их существования предпринимались усилия по расширению охвата населения, как и во всех странах, применяющих систему социального страхования. Однако эту группу стран отличают от тех, которые все еще в основном применяют социальное страхование, следующие особенности:

- по мере расширения охвата населения возрастала роль государства в финансировании за счет общих бюджетных поступлений;
- охват населения стал всеобщим (т.е. распространился на всех жителей страны) и, таким образом, взносы в страховой фонд перестали быть решающим фактором в определении права на медицинское обслуживание;
- фонды страхования на случай болезни постепенно утрачивали свою самостоятельность и независимость от государства;
- ответственность за обеспечение медицинского обслуживания (функционирование больниц и других медицинских учреждений, наем врачей и другого медперсонала) все в большей степени ложилась на государственный сектор.

Процесс перехода от социального страхования к преимущественно бюджетному финансированию в большинстве стран этой группы завершился вскоре после Второй мировой войны. В большинстве этих стран все еще сохраняются, хотя и в разной степени, элементы финансирования медицинского обслуживания по линии социального страхования.

Ниже перечисляются некоторые ключевые особенности систем финансирования в тех странах, где несколько десятилетий тому назад завершился переход к преимущественно налоговому финансированию:

- большая часть расходов на медицинское обслуживание покрывается за счет общих налогов, которые собираются на центральном, региональном и/или местном уровнях;
- эти средства в отличие от тех, которые поступают по линии социального страхования, как правило, не подлежат целевому ассигнованию (например в Дании, Норвегии и Соединенном Королевстве);
- в 1989 году в Соединенном Королевстве Национальная служба здравоохранения (НСЗ) на 79% финансировалась за счет общих налоговых поступлений, а на фонды социального страхования приходилось 16% (2,188);
- с 1972 года в Финляндии примерно 80% расходов покрывалось за счет общих налоговых поступлений (229).

В отличие от страховых систем все резиденты или граждане страны с бюджетным финансированием медицинского обслуживания застрахованы законодательно установленной системой, а комплекс предоставляемых услуг носит всеобъемлющий характер. Кроме того, все жители имеют право на получение одинакового набора услуг в отличие от систем

социального страхования. Исключение составляет Ирландия, поскольку в ней имеются две категории граждан, различаемые по уровню дохода: только беднейшая треть населения имеет право на получение всех медицинских услуг без дополнительной платы, тогда как остальные жители должны делать различные прямые платежи (188).

Системы медицинского обслуживания, финансируемые преимущественно за счет бюджета и обеспечивающие всеобщее и всеобъемлющее страхование населения на равных основаниях, как правило, позволяют избежать некоторых трудностей, которые в противном случае могут возникнуть в связи с общественной солидарностью, поскольку здесь возможность выбора групп риска отсутствует (выбора наиболее здоровых контингентов населения. — *Прим. ред.*).

Средства, полученные по линии социального страхования, ассигнуются в соответствии с принципами финансирования социального страхования и в различных странах используются в разных целях. Нередко их используют для финансирования других программ социального обеспечения, например для выплаты пенсий и пособий по нетрудоспособности, но часть средств, полученных по линии социального страхования, может использоваться на цели медицинского обслуживания. Соединенное Королевство первоначально предполагало финансировать НСЗ исключительно за счет бюджетных поступлений, но из-за ограничений на такое финансирование оно было вынуждено черпать дополнительные средства из фондов социального страхования (228). В Швеции по социальному страхованию амбулаторным больным оплачиваются лекарства и медицинские услуги, а в 1984 году оплачивалась и незначительная часть (8%) больничных услуг (229). В Финляндии взносы на социальное страхование используются главным образом для частного медицинского обслуживания и лечения профессиональных заболеваний, а также для оплаты лекарств и вспомогательных услуг (2).

Первоначальное распределение взносов на социальное страхование между работодателями и работниками в некоторых странах еще сохраняется, например в Соединенном Королевстве (188). Другие страны, такие как Финляндия, Норвегия и Швеция, аннулировали взносы работников (228). В Исландии фонды медицинского страхования финансируются государством (2).

Как отмечалось выше, фонды медицинского страхования утратили свою независимость и перешли в государственный сектор. В Дании, например, сотни фондов страхования на случай болезни, которые существовали с конца XIX века, были упразднены в 1973 году, а оплата медицинского страхования легла на плечи 280 муниципалитетов страны (229). В Норвегии в 1930 году местные общества по предоставлению пособий были преобразованы в отделения Национального института страхования — структурного подразделения Министерства по социальным вопросам; в 1971 году функции сбора и распределения страховых средств были

отнесены к общей деятельности по сбору подоходного налога (229). В 1989 году фонды медицинского страхования в Исландии были полностью аннулированы, а их роль перешла к Государственному институту социального обеспечения (2).

Обозначилась явственная тенденция к сужению обязанностей центрального правительства. Дальше всех по этому пути продвинулась Финляндия, где с 1972 года основными административными инстанциями стали муниципалитеты. Они имеют полномочия собирать налоги и несут юридическую ответственность за медицинское обслуживание (2). Дания и Швеция также достигли значительной степени децентрализации. В Дании административные округа отвечают за финансирование и оказание стационарной помощи, а также за финансирование общеврачебных услуг, тогда как в ведение муниципалитетов входит оплата услуг патронажных сестер и реализация некоторых профилактических программ (2). В Швеции окружные советы финансируют большую часть больничных услуг, в том числе оплачивают работу больничных врачей за счет местных бюджетов (2). В Соединенном Королевстве тенденции в области децентрализации приобретают несколько иные формы после недавнего отделения покупателей услуг от обслуживающих учреждений, но здесь также развивается тенденция к предоставлению большей финансовой автономии местным органам. Исключение, видимо, составляет лишь Исландия, так как здесь в последние годы возросла роль централизованного государственного финансирования и соответственно снизилась роль местных органов власти (2).

Центральное правительство по-прежнему играет определенную роль не только в сфере финансирования общественного здравоохранения, медицинских научных исследований и больниц при университетах, но и как источник субсидий для местных систем социального страхования (как в Швеции) или грандов и субсидий для местных органов власти (как в Дании, Финляндии и Норвегии) (2, 188).

Системы, находящиеся на переходном этапе

Страны, входящие в эту группу, расположены в южной Европе. Во всех из них начался процесс перехода от преимущественно страхового к преимущественно бюджетному финансированию по аналогии с моделью, принятой в странах группы 3. Главной чертой, отличающей их от стран группы 3, является фактор времени: они начали переход позднее (в конце 70-х — начале 80-х годов) и еще не завершили создание своих систем здравоохранения.

Для стран этой группы побудительным мотивом к созданию преимущественно бюджетных систем послужила необходимость распространить страховое обеспечение на те слои населения, которые ранее им не пользовались, а также желание предоставлять полный комплекс услуг всему

населению. В случае Греции и Италии еще одним важным соображением была необходимость решить проблему раздробленности финансово-организационных структур.

Из этих стран первыми создали свои национальные службы здравоохранения Италия и Португалия; это произошло в 1978 и 1979 годах соответственно. Греция ввела аналогичное законодательство в 1983 году, а Испания последовала за ней в 1986, приняв в 1989 году дополнительный закон, который предусматривал перевод финансирования на бюджетную основу. Во всех этих четырех странах сохраняются многочисленные трудности, связанные с усилиями по реформированию механизмов финансирования, и сейчас финансирование по-прежнему носит смешанный характер. Например, в Греции, где законодательство 1983 года было реализовано лишь частично, больницы в основном финансируются за счет бюджета, тогда как амбулаторное обслуживание все еще оплачивается страховыми фондами. В Италии взносы на социальное страхование в 1990 году составили почти 40% всех расходов на общественное здравоохранение (2).

ПЕРЕХОД ОТ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО КОНТРОЛЯ К СТРАХОВОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ

Реформа систем финансирования медицинского обслуживания

Почти все без исключения страны ЦВЕ и СНГ заявили о намерении перейти на систему страхового финансирования, и некоторые страны предприняли решительные шаги для создания таких систем. Привлекательность такого вида финансирования отчасти обусловлена его отличием от бюджетного финансирования, действовавшего при предыдущих режимах. Кроме того, некоторые страны ЦВЕ рассматривают его как возвращение к моделям здравоохранения, существовавшим до этих режимов. К числу других факторов относятся возможность индивидуального выбора медицинских услуг благодаря прямым взносам на медицинское обслуживание, а также более высокий уровень вознаграждения врачей — все эти изменения поддерживаются профессиональными организациями медиков. Важно также учитывать, что страны ЦВЕ и СНГ реагировали на опыт тех западноевропейских стран, которые финансируют медицинское обслуживание через ту или иную форму медицинского страхования. И, наконец, главную роль сыграла надежда на то, что взносы на социальное страхование позволят увеличить общий объем средств, используемых на цели медицинского обслуживания.

Большинство стран ЦВЕ и СНГ уже либо приняли, либо находятся в процессе подготовки законодательства, которое заложит основу для перехода к системе финансирования по линии социального страхования. Некоторые из них приступили к необходимой подготовке с тем, чтобы

внедрить свои собственные системы социального страхования; в других странах взносы работодателей и работников уже стали источником финансирования медицинского обслуживания.

Главные характеристики систем социального страхования в странах ЦВЕ и СНГ

Исходя из опыта тех стран, которые начали вводить свои механизмы медицинского страхования, уже сейчас можно определить главные характеристики вновь создаваемых систем.

ЦЕЛЕВОЙ ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ФОНДОВ

Согласно принципам страхового финансирования все средства, сосредоточенные в фондах медицинского страхования, ассигнуются на цели здравоохранения во всех странах, планирующих или применяющих законодательно установленные системы медицинского страхования.

СОХРАНЕНИЕ РОЛИ БЮДЖЕТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

Во всех этих системах медицинского страхования (уже существующих или планируемых) предусмотрено дополнительное бюджетное финансирование либо в форме взносов за граждан, пользующихся бесплатным обслуживанием, либо в форме выплат на деятельность в области общественного здравоохранения, медицинское просвещение, медицинские исследования и крупные национальные научно-исследовательские институты.

НЕЗАВИСИМОСТЬ ФОНДОВ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Административный орган или органы, отвечающие за медицинское страхование, несмотря на сохранение их зависимости от государственного бюджета, как правило, пользуются финансовой независимостью от государственного бюджета или Министерства финансов, хотя и не в одинаковой степени. На начальных этапах финансирование осуществляется за счет государственного бюджета; на более поздних этапах оно отделяется от госбюджета (например в Чешской Республике, Венгрии и Словакии). Это подразумевает и административное отделение, причем фонды медицинского страхования, как правило, становятся квазигосударственными учреждениями.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ

Страховые компании или фонды медицинского страхования обычно в той или иной мере находятся под государственным контролем и являются в различной степени независимыми от государства (231). Например, в Чешской Республике Национальная компания медицинского страхования

является частной фирмой с государственным финансированием. Таким же статусом пользуются и фонды медицинского страхования (232,233), которые во многом независимы от государственного контроля. Напротив, в Словакии министерства здравоохранения и финансов осуществляют относительно более строгий контроль над страховыми компаниями.

КОЛИЧЕСТВО СТРАХОВЫХ ФОНДОВ И ИХ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА

Некоторые страны уже создали или создают многочисленные страховые фонды. В ряде стран созданы центральные «национальные компании медицинского страхования» с отделениями на местах или специализированными фондами страхования на случай болезни (например Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Словакия и Словения) (155,231–234). Страховая компания национального уровня является главным страховщиком, покрывающим, например, 83% населения в Чешской Республике (233) и 85% населения в Словакии (234). В то же время национальная компания обязана осуществлять надзор за местными отделениями. Многочисленные страховые фонды имеются не во всех странах; в Албании, например, система медицинского страхования находится в ведении одного фонда социального страхования (235).

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Создаваемые системы страхования предусматривают обязательное страхование для тех групп населения, которые предполагается обеспечить новой системой. В некоторых отдельных случаях, как например в Венгрии, более обеспеченные лица могут пользоваться правом отказаться от страхования (236).

ПРАВО НА СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

В документах, касающихся реформы системы медицинского обслуживания, прослеживаются различные тенденции. Некоторые страны, например Российская Федерация и Словакия, в вопросах предоставления права на страховое обеспечение ориентируются на гражданство или место проживания (234,237), тогда как небольшая группа стран, включая Чешскую Республику и Венгрию, делают главный упор на страховые взносы (238). Хотя в большинстве документов о реформе отмечается важность поддержания всеобщего или почти всеобщего страхового обеспечения, на практике некоторые относительно немногочисленные группы населения, по-видимому, оказываются неохваченными даже в тех странах, где предпринимаются попытки преодолеть проблемы, связанные с достижением всеобщего охвата. В тех случаях, когда право на медицинское обслуживание основано на страховых взносах, цель всеобщего охвата населения оказывается еще более труднодостижимой (239). Эстония является примером страны, которая ограничила охват населения в

1994 году; хотя в первоначальном законодательстве о реформе здравоохранения право на медицинское обслуживание основывалось на гражданстве, поправка 1994 года поставила его в зависимость от взносов (155).

ПАКЕТ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Страны, вводящие медицинское страхование, разрабатывают программы, которые закрепляются в соответствующем законодательстве и применяются в равной степени ко всем страховым фондам и всем застрахованным гражданам. В программах, предлагаемых различными страховыми фондами, нередко имеются различия в том смысле, что они предлагают услуги сверх основного пакета.

ВЗНОСЫ

Взносы в основном устанавливаются по фиксированной ставке и с привязкой к доходу, в большинстве случаев они распределяются между работодателем и работниками. Тем не менее между странами имеются весьма широкие расхождения по уровню ставок взносов и соотношения участия между работодателями и работниками. В таблице 13 приводятся сведения об этих ставках и коэффициентах участия работодателей и работников в различных странах.

ВЗНОСЫ ЗА ГРАЖДАН, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ БЕСПЛАТНЫМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ

Такие взносы, как правило, находятся в ведении правительства, которое за счет бюджетных поступлений финансирует бесплатное обслуживание определенных слоев населения. В некоторых странах, например в

Т а б л и ц а 13. Ставки взносов и коэффициенты участия работодателей и работников в отдельных странах ЦВЕ и СНГ

| Страна | Ставка взноса | Коэффициент участия работодателей и работников |
|----------------------|---------------|--|
| Чешская Республика | 13,5 | 66:33 |
| Эстония | 13,0 | 100:1 |
| Венгрия | 12,5 | 19,5:4 |
| Словакия | 13,5 | 66:33 |
| Словения | 12,8 | 50:50 |
| Российская Федерация | 3,6 | 100:1 |

Источник: Chinitz (240).

Венгрии, взносы за безработных и/или пенсионеров платят фонды страхования от безработицы или пенсионные фонды соответственно (240).

ВЫБОР СТРАХОВОГО ФОНДА

В целях поощрения конкуренции между фондами многие страны разрешают или планируют разрешить застрахованным лицам выбирать тот или иной страховой фонд. Однако на практике профессиональный или географический принцип формирования состава участников фондов может ограничить фактическую степень выбора.

СОЛИДАРНОСТЬ И КОРРЕКТИРОВКА НА СТЕПЕНЬ РИСКА

Обычно страны предпринимают усилия с тем, чтобы скорректировать неравномерное распределение рисков в сфере здравоохранения (155, 233, 234, 237, 241). Механизм достижения этой цели обычно предполагает полную или частичную передачу средств на медицинское страхование в ведение централизованного фонда, который в свою очередь занимается их перераспределением между фондами страхования на случай болезни согласно определенным критериям, например по принципу численности населения, возрастного состава или полового распределения. В Российской Федерации, например, согласно поправкам 1993 года к закону 1991 года о медицинском страховании для сбора страховых взносов со всех жителей того или иного региона или крупного города были созданы территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Компании медицинского страхования получают денежные средства от этих территориальных фондов. По замыслу, эти платежи должны основываться не на социальном положении или уровне дохода застрахованных лиц, а на половозрастной структуре членов. В начале 1994 года в стране насчитывалось 82 региональных фонда. В целях обеспечения равенства между регионами федеральный фонд перераспределяет поступления от страховых взносов (237).

МОБИЛИЗАЦИЯ СРЕДСТВ НА НУЖДЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

В странах, где медицинское страхование стало главным источником средств для медицинского обслуживания, наблюдается рост поступлений на нужды здравоохранения даже несмотря на то, что в них отмечается чистое снижение финансирования за счет госбюджета. Это идет вразрез с ранее существовавшим мнением о том, что рост безработицы и неудовлетворительный сбор налогов подрывают базу поступлений. Доля ВВП, затрачиваемая на медицинское обслуживание, возросла в этих странах после введения социального страхования и, как правило, выражается более высоким показателем, чем в странах, где медицинское обслуживание по-прежнему финансируется за счет госбюджета (242).

Трудности, связанные с переходом на страховое финансирование

Страны ЦВЕ и СНГ пытаются создать системы финансирования медицинского обслуживания в относительно короткие сроки. Кроме того, некоторые из них создают системы медицинского страхования в таких условиях, которые не лучшим образом подходят для решения задачи быстрого изменения положения: слабая экономика, нестабильность правительств и несоответствующая учрежденческая инфраструктура.

ПОТЕРЯ КОНТРОЛЯ НАД РАСХОДАМИ

Хотя введение страхования, видимо, позволяет мобилизовать больше средств для медицинского обслуживания, тем не менее нет ясности в вопросе о том, является ли оно эффективным способом использования ресурсов. Финансирование медицинского обслуживания при прежних режимах входило в обязанности министерств финансов, которые занимались сбором налогов в казну и выделяли их на различные цели, осуществляя при этом в определенной форме контроль над расходами. При страховом финансировании взносы собираются и распределяются различными учреждениями в обход министерства финансов. Первоначально министерства были готовы сложить с себя ответственность за финансирование медицинского обслуживания из государственного бюджета. Однако, учитывая дефициты, образовавшиеся у фондов медицинского страхования (см. ниже), которые субсидируются за счет госбюджета, можно сказать, что правительственные ведомства все еще косвенно участвуют в финансировании медицинского обслуживания, но уже без права контроля над расходами, которым они раньше обладали. Это привело к значительному обострению отношений между полуавтономными фондами социального страхования и министерствами финансов в Чешской Республике, Венгрии и Словакии, где расходы на здравоохранение существенно возросли непосредственно после введения медицинского страхования. Кроме того, как отмечалось выше, любое увеличение средств на цели медицинского обслуживания после перехода на социальное страхование может являться результатом неадекватного долгосрочного стимулирования мер сдерживания расходов (240).

ВОЗНИКНОВЕНИЕ СТРУКТУРНОГО ДЕФИЦИТА

Планы медицинского страхования в странах ЦВЕ и СНГ направлены на обеспечение практически всеобщего охвата населения, хотя и не в одинаковой степени. Как отмечалось ранее, правительства достигают этой цели путем уплаты взносов за определенные группы населения из налоговых поступлений или путем внесения взносов за пенсионеров и безработных из пенсионных фондов или фондов страхования от безработицы. Поскольку расходы на медицинское обслуживание этих лиц выше трансфертов, получаемых фондами медицинского страхования, многие фонды

имеют постоянный дефицит. Примеры тому можно найти в Хорватии, Чешской Республике, Эстонии, Венгрии и Словакии (232, 234, 243, 244). Было подсчитано, что в Венгрии в 1996 году размер расходов на медицинское обслуживание экономически пассивного населения составил бы 77,3 млрд. форинтов по пенсионерам, 14,3 млрд. форинтов по безработным и 22,8 млрд. форинтов по остальным группам населения. Фактический объем трансфертов страховщикам для уплаты страховых взносов составит 65,7 млрд. форинтов по пенсионерам, 7,3 млрд. форинтов по безработным и 12 млрд. форинтов по остальным группам населения, что ведет к образованию дефицита примерно в 29 млрд. форинтов или 0,5% ВВП. Эта сумма будет лишь частично компенсирована взносами той части населения, которая должна платить. Усилия правительств по применению методов дефицитного финансирования для сбалансирования их бюджетов приводят к образованию постоянного дефицита (240).

ТРУДНОСТИ КОРРЕКТИРОВКИ НА СТЕПЕНЬ РИСКОВ

Решение задачи справедливого распределения средств между страховыми компаниями или фондами медицинского страхования сталкивается с трудностями, аналогичными описанной выше проблеме структурного дефицита. В Чешской Республике, например, определенный процент поступлений от уплаты страховых взносов во всех страховых компаниях на местах (фондах медицинского страхования), а также взнос государства за целевые группы (жителей, пользующихся бесплатным обслуживанием) перечисляются в центральный фонд, который затем перераспределяет эти средства между страховыми компаниями. Однако механизм перераспределения порождает свои проблемы. Среди клиентов главного страховщика — Национальной компании медицинского страхования — насчитывается наибольшее число пенсионеров и детей, но он получает недостаточную компенсацию через механизм распределения средств, тогда как страховые компании на местах (специализированные фонды медицинского страхования для служащих некоторых государственных учреждений и предприятий экономической сферы) получают средства, превышающие объем их расходов на медицинское обслуживание. Это объясняется тем фактом, что государственные выплаты на нужды особых групп населения значительно ниже взносов частных лиц. Хотя в принципе любой имеет право воспользоваться услугами местной компании медицинского страхования, на практике эти компании предпочитают иметь дело со здоровыми и обеспеченными людьми. Их более прочное финансовое положение позволяет им предоставлять больше услуг своим клиентам, а также отчислять больше средств на оплату врачей и медицинских услуг (232, 233).

Аналогичные проблемы отмечались и в Словакии, которая опирается на аналогичный механизм корректировки на степень риска. Словацкая национальная компания медицинского страхования, обслуживающая большую часть экономически пассивного населения (около 65%), имеет постоянную задолженность (234).

РОСТ РАСХОДОВ НА РАБОЧУЮ СИЛУ

Переход с бюджетного финансирования на медицинское страхование ведет к росту расходов на рабочую силу. В результате страдает конкурентоспособность продукции на международном рынке и возникает соблазн не представлять отчетность об экономической деятельности, так как работодатели и работники ищут пути облегчения связанного с этим финансового бремени (240).

РОСТ БРЕМЕНИ ВЗНОСОВ

Как правило, медицинское обслуживание не единственная услуга, предоставляемая по линии социального страхования; пенсии и пособия по безработице в совокупности с взносами на медицинское страхование зачастую достигают значительных величин. В Венгрии, например, суммарный объем взносов составляет 60,8% от фонда оплаты труда (включая пенсии, медицинское обслуживание и пособия по безработице) в отличие от западноевропейских стран, где он в среднем равняется 31%. Тем не менее даже этот высокий уровень взносов недостаточен для покрытия расходов на медицинское обслуживание без перечисления значительных ресурсов из госбюджета в фонды медицинского страхования. Поэтому сейчас Венгрия рассматривает пути возвращения некоторых статей расходов на медицинское страхование (пенсии и пособия по безработице) на бюджетное финансирование (240).

ПРОБЛЕМЫ С ВЫПОЛНЕНИЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ

В результате роста бремени платежей по взносам у многих государственных предприятий и частных работодателей накапливается крупная задолженность по обязательствам в отношении медицинского и других видов социального страхования (240).

ПРОЧИЕ ВОПРОСЫ

Пытаясь организовать и реализовать переход на страховое финансирование здравоохранения, многие страны обнаружили, что этот процесс более труден, чем они первоначально предполагали. К числу причин такой ситуации относятся:

- отсутствие адекватной информационной технологии;
- отсутствие достаточного опыта работы с информационными системами;
- отсутствие технических знаний в сфере страхового менеджмента и смежных областях;
- недостаточное развитие организационной инфраструктуры, в том числе отлаженной банковской системы, рынков капитала, договорного и вещного права;

- отсутствие надлежащего механизма государственного регулирования для управления вновь созданными страховыми компаниями (238).

Некоторые из этих организационных структур отсутствовали при предыдущем социально-экономическом устройстве общества, и их необходимо будет создавать одновременно с развитием систем медицинского страхования.

РОЛЬ ЧАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В настоящее время частное страхование практикуется в основном в западноевропейских странах. Ряд стран ЦВЕ и СНГ заявили о своем намерении разрешить в будущем частное страхование, а некоторые другие страны уже приступили к его созданию и применению.

Западноевропейские страны

В Западной Европе частное страхование служит двум целям. Оно дает добровольное дополнительное страховое обеспечение некоторым слоям населения, охваченным национальной службой здравоохранения или законодательно установленным планом страхования. Частное медицинское страхование дает также добровольное обеспечение определенным группам населения в странах с законодательно установленными системами страхования — в основном высокооплачиваемым лицам, не имеющим другой страховки.

Услуги по добровольному медицинскому страхованию для покрытия медицинских расходов приобретаются по ряду различных причин. Отчасти это зависит от преобладающего в стране метода финансирования медицинского обслуживания и отчасти от механизмов, присущих конкретным законодательно установленным системам финансирования.

Системы медицинского обслуживания, преимущественно финансируемые за счет бюджета, обеспечивают бесплатные услуги всем впервые вступающим членам. Поэтому здесь относительно мало возможностей для частного страхования, которое в целом считается роскошью. Однако очереди и нормирование, которые ассоциируются с некоторыми бюджетными системами здравоохранения, стимулируют спрос на дополнительное частное медицинское страхование, поскольку оно дает такие преимущества, как более короткое время ожидания, выбор времени для лечения, более широкий выбор врачей или больниц и больше удобств. К странам этой группы относятся, например, Италия, Испания и Соединенное Королевство (245).

Системы медицинского обслуживания, финансируемые преимущественно в рамках законодательно установленного медицинского страхования,

отличаются разнообразием организационных форм. В Бельгии и Франции, например, за оказанные услуги пациентам приходится платить значительные суммы, которые компенсируются лишь частично, хотя охват населения является практически полным. Во Франции размер компенсации колеблется от 40 до 100%, тогда как в Бельгии его минимум установлен на уровне 75% (245). В этих странах частное страхование используется для компенсации пациентам той доли медицинских расходов, которая не покрывается законодательно установленной системой, а также для создания им более удобных условий.

В обсуждавшихся выше случаях большая часть частных страховых полисов носит вспомогательный характер. С другой стороны, в Германии и Нидерландах, где системы медобслуживания также преимущественно финансируются в рамках социального страхования, для некоторых слоев населения частное страхование играет роль аналогичную законодательно установленному страхованию. Охват населения законодательно установленной системой неполный в связи с тем, что лица с доходом выше определенного уровня могут отказаться от страхования. В Германии обеспеченным клиентам предлагается выбор между законодательно установленным и частным страхованием. Такими условиями пользуются примерно 20% населения, половина из которых предпочитает частное страхование (246). В Нидерландах лица с доходом выше определенного уровня имеют возможность застраховаться в частном порядке или не страховаться вообще. Около 40% населения были исключены из законодательно установленной системы (188)¹⁵, и большинство воспользовались частным страхованием (245). Такой порядок, возможно, вскоре изменится, так как предлагаемые реформы предусматривают введение обязательного для всех законодательно установленного страхования. Поэтому в этих странах частное страхование либо обеспечивает базовое медицинское обслуживание тем, кто исключен из законодательно установленной системы, либо служит дополнительным покрытием для тех, кто уже пользуется официальным страхованием. Как в Германии, так и в Нидерландах большая часть взносов приходится на основное медицинское страхование, потому что оно является более дорогостоящим, нежели вспомогательное страхование.

Швейцарская система медобслуживания, также преимущественно основанная на финансировании за счет социального страхования, организована несколько иначе в том отношении, что здесь в отличие от всех вышеупомянутых стран законодательно установленное медицинское страхование является факультативным. (Однако в четырех кантонах и некоторых муниципальных округах оно обязательно, а в отдельных муниципальных округах оно обязательно только для определенных групп населения,

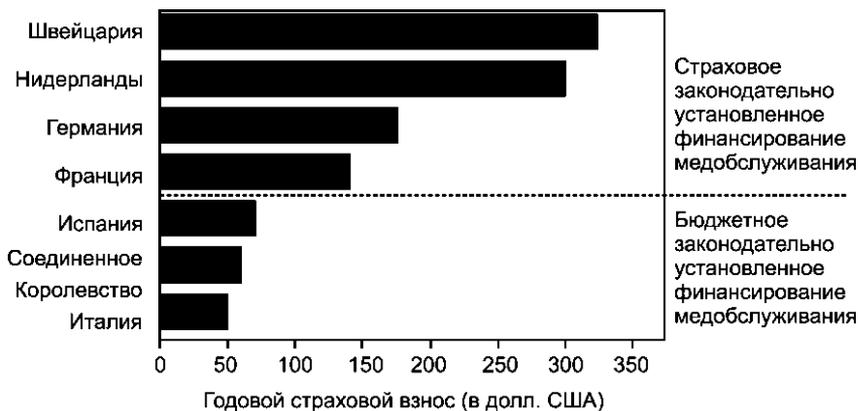
¹⁵ Это относится только к группам особого риска, поскольку практически все население защищено от хронических болезней законодательно установленной системой медицинского страхования.

например для престарелых, детей и малообеспеченных.) Тем не менее почти 99% населения застраховано в рамках законодательно установленной системы, и, следовательно, здесь имеется относительно меньше возможностей для получения базовых услуг за счет частного страхования. Вместе с тем в Швейцарии шире круг возможностей для вспомогательного страхования благодаря значительному распространению долевого участия в покрытии расходов: швейцарские домохозяйства оплачивают менее 30% медицинских расходов (не включая страховые взносы, оплачиваемые частными лицами)(2).

Обсуждавшиеся выше особенности изображены в диаграммах 18 и 19, где показана весьма неодинаковая степень распространения частного страхования в различных западноевропейских странах. В системах медобслуживания, основанных преимущественно на бюджетном финансировании, наблюдается самый низкий уровень финансирования за счет частного страхования, о чем свидетельствуют размеры взносов на душу населения и показатели распространенности частного страхования (т.е. процент населения, пользующегося частным страхованием). Это является следствием всеобъемлющего обслуживания, которое обеспечивается национальными службами здравоохранения.

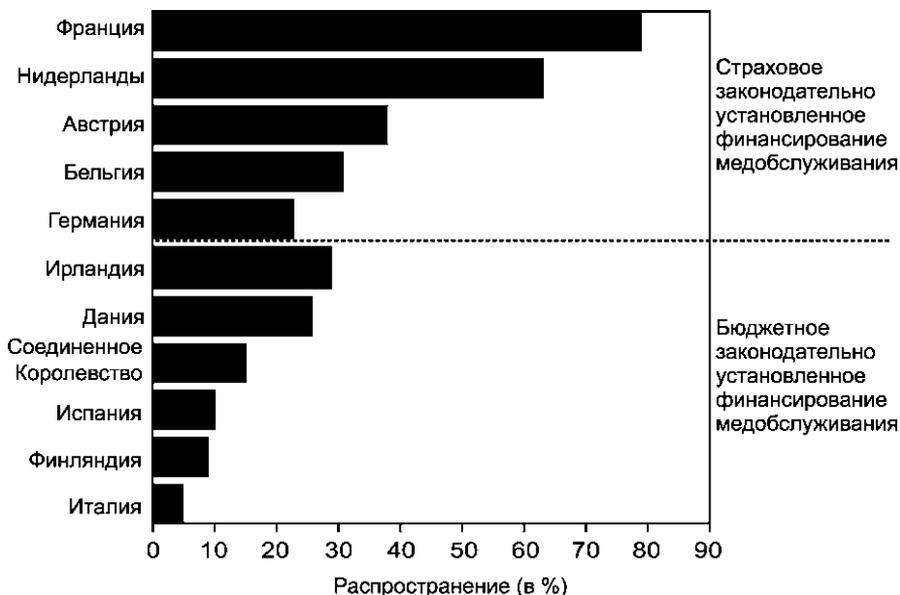
Две страны из этой группы стоят особняком — Дания и Ирландия. В Дании основной объем компенсаций при частном страховании приходится на стоматологическое обслуживание и лекарства, которые не покрываются системой, финансируемой государством. Ирландия отличается от других стран «налоговой» группы тем, что это единственная страна,

Д и а г р а м м а 18. Взносы на индивидуальное и групповое частное медобслуживание на душу населения в отдельных западноевропейских странах, 1993 год



Источники: Narcus (245); OECD (2,188).

Д и а г р а м м а 19. Распространение частного медицинского страхования в отдельных западноевропейских странах, начало 90-х годов



Источник: Narcus (245).

где пособия, покрываемые системой, финансируемой государством, варьируются в зависимости от доходов. Здесь различают две категории клиентов¹⁶: самую бедную треть населения, которая имеет право на полное бесплатное страхование, и остальных жителей, которые обязаны делать определенные прямые платежи в виде либо частичной, либо полной оплаты услуг, не включенных в пакет льгот (188). Поэтому в Ирландии существует относительно больше возможностей для распространения частного страхования.

Во всей группе стран со страховой системой отмечается более высокий уровень взносов на частное медицинское обслуживание в расчете на душу населения и более высокий показатель распространения такой формы обслуживания. Частное медобслуживание весьма широко распространено в Нидерландах, так как многие жители предпочитают отказываться от законодательно установленного страхования, и во Франции, где относительно низки ставки компенсации. Кроме того, в Нидерландах и Швейцарии

¹⁶ До 1991 года было три категории, но затем две из них, включающие более обеспеченных граждан, были объединены в одну.

отмечается самый высокий уровень взносов на душу населения. Промежуточный уровень во Франции (где при этом наблюдается самый высокий показатель распространения частного страхования в Европе — 80%) обусловлен тем фактом, что частное медицинское страхование почти исключительно носит вспомогательный характер и поэтому ведет к снижению взносов по сравнению со ставками оплаты базового медицинского обслуживания.

В ряде стран западной Европы финансирование по линии частного страхования возрастает, хотя зачастую этот процесс начинается с весьма низкого уровня. В предстоящие годы темпы роста могли бы ускориться, если бы правительства попытались снизить затраты, переложив на пациентов растущую долю расходов на медобслуживание.

Страны ЦВЕ и СНГ

В странах ЦВЕ и СНГ в советскую эпоху не было частного страхования. В последующий период в процессе экономических преобразований, либерализации и реформирования системы здравоохранения многие страны начали обсуждать возможность введения частного страхования, а другие приступили к его практическому внедрению. Политически это обосновывалось стремлением дать гражданам возможность выбрать добровольное вспомогательное страхование. В некоторых отдельных случаях рассматривалась возможность предоставления наиболее обеспеченным права отказаться от государственной системы страхования в пользу исключительно частного страховщика. Однако в основном частное страхование рассматривается как вспомогательный источник средств в дополнение к довольно ограниченному бюджету медицинского обслуживания.

Словакия начала предлагать добровольное страхование. Им могут воспользоваться лица, не охваченные планом обязательного страхования, для получения услуг, оговоренных в частных планах, и лица, включенные в обязательный план, но желающие иметь вспомогательную страховку. Охват законодательно установленным планом является почти всеобщим, и поэтому в него не включены только небольшие группы населения; к ним относятся лица, постоянно не проживающие в Словакии, те, кто постоянно живет в стране, но работодатель которых застрахован за границей, а также граждане, которые живут за границей более шести месяцев в году. Что касается вспомогательного страхования, то на данный момент самая важная из предлагаемых услуг предусматривает компенсацию медицинских расходов, понесенных за границей. Оба эти вида страхования предлагаются 11 государственными страховыми компаниями Словакии, а также коммерческими (частными) страховыми компаниями (234).

Аналогичные схемы имеются в Чешской Республике, где добровольное страхование обслуживает иностранцев, не застрахованных обязательной системой, и, кроме того, предлагается вспомогательное страхование

для получения услуг, которые не предусматриваются обязательной системой (233).

Добровольное страхование имеется в Российской Федерации, и некоторые граждане заключают отдельные договоры, чтобы получить дополнительные услуги, не предоставляемые законодательно установленной системой. Здесь созданы частные компании, которые занимаются как обязательным, так и добровольным страхованием (241).

В Латвии частные страховые компании обеспечивают добровольное страхование и предлагают тот же пакет услуг, что и государственная система, плюс некоторые дополнительные виды обслуживания: стоматологическое обслуживание, реабилитационное лечение и фармацевтические препараты. Кроме того, они предоставляют возможность обращаться в современные медицинские учреждения за высококачественным обслуживанием и комплексом удобств. На 31 января 1996 года около 120 000 человек были застрахованы этими компаниями. Однако эта схема считается временно действующей на период перехода от бюджетного к преимущественно страховому финансированию. Ожидается, что после создания системы социального страхования добровольное страхование будет использоваться только в дополнение к законодательно установленному пакету услуг (247).

Те виды добровольного страхования, которые сейчас существуют в странах ЦВЕ и СНГ, обеспечивают только небольшую часть общего финансирования медицинского обслуживания. Однако это такой источник финансирования, роль которого может значительно повыситься в процессе развития организационной и регулирующей инфраструктуры и перехода к новым механизмам финансирования.

Солидарность и конкуренция

Концепция «солидарности» имеет целый ряд исторических корней, в их числе протестантская и католическая религиозная философия о социальной справедливости, консервативные представления об общественном устройстве, марксистско-социалистические идеи и даже либеральная концепция общественного контраста (248, 249). На раннем этапе она была важнейшим элементом таких различных механизмов социальной защиты, как «дружественные сообщества» или фонды страхования на случай болезни, создававшиеся компаниями, а также возникшее в XX веке государство всеобщего благоденствия.

Вместе с тем солидарность — довольно расплывчатое понятие. По традиции оно использовалось для обозначения «боевой» солидарности в небольших «сплоченных» группах, но затем утратило свое значение при возникновении государства всеобщего благоденствия. В своем втором значении солидарность стала синонимом «сведения воедино всех видов

риска». Это относится ко всем механизмам, при которых расходы на медицинское обслуживание не покрываются самими пациентами, а лица, сохраняющие свое здоровье в данный период времени, оказывают финансовую поддержку заболевшим, пользующимся медицинским обслуживанием.

В Европе, однако, этот термин используется в основном для обозначения систем медицинского обслуживания, нацеленных на сокращение неравенства в области здравоохранения (67). Это имеет определенные последствия как для финансирования, так и для оказания медицинских услуг. Согласно принципу солидарности финансовые взносы отдельных лиц должны зависеть не от состояния их здоровья в предыдущий период, а от платежеспособности, но медицинская помощь должна оказываться не в соответствии с платежеспособностью, а в соответствии с потребностью в ней — довольно туманный и многозначный термин (250). Поэтому говорить о том, что в данной системе медицинского обслуживания соблюдается принцип солидарности, можно лишь в том случае, если в ней реализуется более справедливое распределение медицинских услуг между возрастными группами, между группами населения, различающимися по уровню доходов, между одинокими лицами и семьями, а также между группами населения низкого и высокого риска с точки зрения состояния здоровья, чем это имело бы место в гипотетических условиях нерегулируемого частного рынка медицинских услуг.

Вопрос о том, может ли общество обеспечить финансирование медобслуживания на основе конкуренции и одновременно поддерживать высокий уровень социальной солидарности, является очень сложным.

ЧАСТНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Во многих странах, включая Соединенные Штаты Америки, частные планы медицинского страхования работают таким образом, что это подрывает принцип социальной солидарности. Это объясняется тем, что в основе выплат отдельных семей, поступающих страховым компаниям, обычно лежат скорректированные по степени риска взносы, учитывающие состояние здоровья каждого человека. При такой системе лица, страдающие хроническими болезнями (если им вообще удастся получить доступ к медицинскому страхованию), должны платить за страховку больше, чем здоровые. Это нарушает принцип солидарности в обеих его вышеупомянутых ипостасях: в сведении воедино всех видов риска и в сокращении неравенства в сфере здравоохранения.

На рынках частного медицинского страхования между страховщиками, как правило, существует конкуренция. Даже в тех случаях, когда взносы скорректированы с учетом риска, конкуренция между страховыми компаниями все равно сфокусирована скорее на поиске и привлечении клиентуры с низкой степенью риска, нежели просто на рыночной борьбе

за цены. Через процесс отбора по негативным признакам лица, считающие себя благополучными с точки зрения риска, предпочитают отказываться от тех планов страхования, которые взимают слишком высокие взносы, чтобы обезопасить себя от безнадежных рисков. В результате этого взносы для тех, кто «откровенно признает себя безнадежным риском» и вынужден оставаться в фонде, возрастают. Страховые компании, которые не пытаются найти клиентов с низкой степенью риска и предлагают невысокие ставки взносов, могут оказаться привлекательными для «рискованной» клиентуры и поэтому вытесняются с рынка (251, 252).

ОБЩЕЕ НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ

Конкурсному отбору рисков за счет корректировки размеров взносов противостоит система финансирования медобслуживания через ту или иную форму общего налогообложения. Солидарность, понимаемая как создание рисковых пулов, достигается, как правило, с использованием такой системы. Степень перераспределения средств в рамках такой системы во многом зависит от применения прогрессивной шкалы налогообложения. По данным одного из последних исследований (253) налоговое финансирование обычно имеет прогрессивный характер, хотя степень прогрессивности зависит от конкретного набора налогов, используемых для финансирования здравоохранения. Таким образом, финансирование медобслуживания из этого источника может рассматриваться как фактор, содействующий укреплению социальной солидарности.

Такая структура исключает рыночную конкуренцию в сфере финансирования медицинского обслуживания¹⁷. Однако здесь возможна конкуренция между здравоохранительными и другими статьями государственных расходов, которая может оказать отрицательное воздействие на солидарность. Кроме того, на солидарность влияет уровень частного финансирования здравоохранения, существующего параллельно, а иногда и в сочетании с государственным финансированием (67).

СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Социальное страхование обычно предполагает уплату обязательных взносов работодателями, работниками, а также лицами, занимающимися индивидуальной трудовой деятельностью, пенсионерами, иногда даже безработными для финансирования таких социальных программ, как медицинское обслуживание, пособия по безработице и пенсии. Иногда определенный процент взносов на социальное страхование ассигнуется на нужды здравоохранения.

¹⁷ На примере «внутренних» рынков Великобритании и некоторых Скандинавских стран можно убедиться, что между обслуживающими учреждениями возможна конкурентная борьба за деньги, полученные от общего налогообложения (60).

К сожалению, системы социального страхования не всегда способствуют обеспечению солидарности в финансовом аспекте. Большинство систем социального страхования финансируют медицинское обслуживание по регрессивной модели (253), поскольку ставки взносов обычно исчисляются в виде фиксированного процента от оклада или дохода, а не от размера дохода, с которого взимается плата на социальное страхование, зачастую устанавливается потолок. При таком положении лица, доходы которых превышают потолок, выплачивают меньшую долю своих доходов на социальное страхование и медицинское обслуживание. Обеспечению солидарности также препятствуют правила, определяющие, кто входит или исключается из системы социального страхования или кто может выйти из нее. Если лица с высокими доходами не включены в систему страхования (или могут выйти из нее), то они не вносят свой вклад в финансирование системы и делают ее еще более регрессивной.

Если в стране есть только одна организация социального страхования, которая предоставляет медицинские услуги, то говорить о конкуренции не приходится. Конкуренция отсутствует даже при наличии нескольких организаций, если пользователи лишены возможности выбора между ними. Однако конкуренция может сочетаться с планами социального страхования, когда клиенты имеют возможность выбирать между планами, которые заинтересованы в привлечении новых членов. Как и в системах, основывающихся на частном медицинском страховании, в этом случае будет наблюдаться «естественное» противоречие между принципом солидарности и конкуренцией, так как планы социального страхования будут стремиться к привлечению клиентов, не относящихся к группам риска. С помощью мер регулирования правительство может попытаться создать основу для поддержания солидарности в таких системах, и степень, в которой солидарность может пострадать от конкуренции, во многом будет зависеть от таких мер регулирования (а также от саморегулирования, образованности потребителей и внимания со стороны СМИ).

ПРЯМЫЕ ПЛАТЕЖИ

В большинстве систем западной части региона прямые платежи пациентов в месте получения медицинских услуг составляют ограниченную часть общих средств, выделяемых на медицинское обслуживание. С точки зрения солидарности прямые платежи представляют собой наиболее регрессивную форму покрытия медицинских расходов, поскольку такие платежи составляют большую часть доходов бедных слоев населения, которые одновременно являются и наибольшими потребителями медицинских услуг. Если меры регулирования позволят освободить малоимущих от платежей, то последствия для социальной солидарности будут менее ощутимыми (см. раздел о доленом покрытии расходов в главе 3, с. 107–133).

ПОСЛЕДНИЕ РЕФОРМЫ В СТРАНАХ ЦВЕ И СНГ

Как уже отмечалось, основная тенденция процесса реформ в странах ЦВЕ и СНГ заключалась в переходе от финансирования медицинского обслуживания за счет общих бюджетных поступлений к более широкому использованию национальной системы медицинского страхования (242). В бывшей Югославии такая система медицинского страхования существовала еще до переходного этапа, тогда как Венгрия (1991), Российская Федерация (1991), Чешская Республика (1992), Эстония (1992), Кыргызстан (1992), Латвия (1993), Словакия (1993), Грузия (1995) и Казахстан (1996) ввели такие системы. Даже Албания, где годовой доход на душу населения составляет лишь 340 долл. США, в ограниченной форме перешла на медицинское страхование. Хотя создание системы социального страхования уже началось, целый ряд этих стран все еще считает целесообразным в основном опираться на общие поступления для финансирования медицинских услуг. Другие страны, например, Беларусь, Болгария, Литва, Польша и Румыния, где сейчас главным источником средств для финансирования медицинского обслуживания являются общие бюджетные поступления, рассматривают национальное законодательство в области медицинского страхования.

Хотя эта тенденция и является отражением желания стран децентрализовать и либерализовать свои системы здравоохранения, с точки зрения принципа солидарности переход на новый источник финансирования, по-видимому, будет носить регрессивный характер. На практике все страны ЦВЕ, которые ввели национальные системы медицинского страхования, также продолжают отчасти полагаться на общие бюджетные поступления. В странах СНГ бюджетные поступления по-прежнему обеспечивают большую часть средств, идущих на медицинское обслуживание.

В процессе перехода от налогового финансирования к социальному страхованию нередко возникали дискуссии об «открытии» системы, чтобы дать возможность части населения отказываться от обязательного страхования. Некоторые врачи, перешедшие на самостоятельную практику, требовали большей «свободы выбора» путем предоставления материально обеспеченным людям возможности застраховаться в частном порядке или напрямую оплачивать услуги своих врачей. Однако на сегодняшний день ни в одной из стран ЦВЕ не отменено страхование какой-либо части населения и частное страхование не стало главным источником средств для медицинского обслуживания. Таким образом, в официальном секторе удалось избежать потенциальных проблем с социальной солидарностью, которые могли бы возникнуть в результате упразднения или резкого ограничения обязательного страхования.

Однако в этих странах растет неформальный сектор. Поскольку в этом секторе услуги предоставляются только достаточно состоятельным людям,

платежеспособность играет более важную роль в здравоохранении, чем прежде. Хотя в большинстве стран ЦВЕ по-прежнему предлагается более или менее всеобъемлющий пакет услуг через государственные системы здравоохранения (за исключением отдельных видов обслуживания второстепенной важности¹⁸), общий принцип солидарности в области финансирования здравоохранения оказался ослабленным. Еще одной проблемой, порожденной неформальным сектором в некоторых системах, является утрата контроля над общими расходами и укрывательство медицинскими работниками своих доходов от налогообложения.

Сейчас еще слишком рано давать оценку воздействию этих реформ на принцип справедливости, улучшение состояния здоровья населения, эффективность и качество медицинского обслуживания. Это утверждение тем более справедливо, если учесть, что реформы в секторе здравоохранения происходят в условиях радикальных социально-экономических изменений. Эти изменения — рост безработицы и нищеты, структурные преобразования в экономике — также оказывают серьезное воздействие на состояние здоровья населения и на системы здравоохранения.

РЕФОРМЫ В ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЕ ЗА ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ

Хотя большинство политиков западной Европы, занимающихся здравоохранением, утверждают, что системы медицинского обслуживания все еще позволяют достичь определенного уровня солидарности, концепция медицинского обслуживания на основе принципа солидарности все чаще вызывает скептицизм. Несмотря на то, что условия и острота споров в разных странах неодинаковы, основные причины такого скептицизма схожи (2):

- рост расходов на здравоохранение идет вразрез с требованиями о том, чтобы правительства не повышали налоги или квазиналоги в условиях глобальной конкуренции;
- сторонники широко распространенной либеральной, неоклассической философии утверждают, что медицинские услуги должны быть в большей степени частным, нежели общественным благом (254);
- повышающиеся расходы на здравоохранение все чаще рассматриваются как следствие использования коллективной, общественной модели организации системы здравоохранения, при этом среди особо важных вопросов называют такие, как «чрезмерный спрос на медицинские услуги» и «спрос, стимулируемый поставщиками медицинских услуг».

¹⁸ К таким исключениям относятся лечение в санаториях (Чешская Республика и Словакия), пластические операции (Хорватия) и вызов скорой помощи (Венгрия). Польша также составила «черный» список услуг, которые не покрываются ее национальной службой здравоохранения. Почти все страны ЦВЕ ограничили список лекарств и медицинских приборов, которые полностью или частично компенсируются за счет государственных фондов.

Ожидается, что изменение возрастной структуры приведет к росту расходов на здравоохранение в расчете на душу населения, и тем не менее правительства большинства европейских стран очень осторожно относятся к проведению финансовых реформ, которые окажут прямое негативное влияние на солидарность. Восемилетняя история реформы здравоохранения в Нидерландах во многом отражает те опасения, с которыми каждое очередное правительство Нидерландов относилось к конкурентной модели финансирования, если это ставило под угрозу принцип солидарности (67, 114). Эта же тенденция просматривается и в принятом в 1995 году в Израиле законе о медицинском страховании, а также в реформах, осуществляемых сейчас в германской системе фондов страхования на случай болезни.

В Израиле новый закон был направлен на корректировку финансовых потоков, чтобы стимулировать укрепление принципа справедливости в этой сфере. Долевые взносы работодателей и работников вносятся в централизованный фонд. Затем эти средства и прямые взносы правительства перераспределяются между фондами страхования на случай болезни с учетом возрастной структуры всего населения. В результате этого самый крупный фонд, в котором в основном состоят престарелые и малоимущие подписчики, получает сейчас больше поступлений, а три небольших фонда с более здоровым контингентом подписчиков получают меньше. Кроме того, фондам запрещено заниматься отбором своих членов. Общее финансовое положение крупного фонда улучшилось, а небольшим фондам сейчас приходится страховать подписчиков всех типов при меньшем уровне поступлений.

Хотя еще преждевременно давать оценку этим изменениям, можно сказать, что одним из очевидных результатов является перераспределение бремени взносов на здравоохранение. Одно из последних обследований показало, что очень немногие клиенты с низким уровнем дохода сообщают об увеличении их платежей на медицинское обслуживание, тогда как наиболее состоятельные сообщают именно об этом (255). Это говорит о том, что закон достигает одной из своих целей: более справедливого распределения бремени финансирования медицинского обслуживания на основе принципа солидарности.

В Германии в 1994 году была принята формула корректировки страхования по степени риска для учета доходов, возраста и пола застрахованных, а также факта получения или неполучения ими пенсий по инвалидности. Фонды, страхующие молодых, богатых и здоровых, должны отчислять часть своих поступлений фондам страхования на случай болезни с большим процентом групп риска. В результате этого различия в ставках взносов между фондами значительно сократились. Вторым элементом реформы было предоставление определенной «свободы выбора». С 1996 года свыше 95% застрахованных имеют право выбора между более чем 15 крупными фондами страхования на случай болезни и ежегодно

могут менять страховщиков. В целях лишения этих страховых фондов возможности отказывать заявителям в приеме предусмотрена обязательная открытая запись.

Главным политическим мотивом для введения всех этих мер было не стремление стимулировать конкуренцию, а, как и в Израиле, беспокойность по поводу соблюдения принципов справедливости и солидарности (256). Тем не менее всеобщее право выбора варианта медицинской страховки неизбежно порождает конкуренцию между фондами страхования на случай болезни.

На данный момент немецкие фонды страхования на случай болезни не имеют механизма «реальной конкуренции». Помимо отдельных мероприятий во второстепенных областях, например, программы борьбы с курением, курсы диетологии и административные услуги, возможности для конкуренции в 70-х и 80-х годах были значительно сужены тем, что правительство требовало от всех фондов медицинского страхования проводить общую политику в их отношениях с обслуживаемыми учреждениями (257). Сегодня эти фонды добиваются дерегулирования своих отношений с обслуживаемыми учреждениями, чтобы получить больше возможностей для конкуренции друг с другом. Некоторые фонды хотят также получить разрешение на вспомогательное страхование. В настоящее время неясно, насколько далеко пойдут политики, занимающиеся здравоохранением, в удовлетворении этих просьб.

ВЫВОДЫ

В Германии, Израиле и Нидерландах, а также в Бельгии и Швейцарии политики добиваются развертывания конкуренции при одновременном сохранении принципа солидарности. Их цели не везде совпадают — иногда (особенно в Израиле, а также в Германии) главной задачей является обеспечение социальной справедливости и солидарности. В других странах (особенно в Нидерландах, а также в Швейцарии) главным мотивом служит желание использовать конкуренцию между страховщиками в качестве механизма проведения рыночной реформы медицинского обслуживания.

Тем не менее конкуренция между страховщиками (частными или государственными) ослабляет солидарность в области финансирования здравоохранения, ибо страховщики неизбежно будут заниматься селективным отбором групп риска. Во всех этих странах политикам необходимо найти решение этой проблемы. Одним из общих ответов на данный вопрос было введение обязательного открытого приема в фонды. Другим способом решения проблемы, тесно связанным с финансированием, было введение механизма корректировки на степень риска для перераспределения средств системы медицинского страхования между конкурирующими страховщиками. При всех различиях в технических

процедурах между странами главная идея одинакова: финансовое благополучие фондов страхования на случай болезни не должно зависеть от «рисковой структуры» их членов. Ни доход, ни пол, ни возраст застрахованных, ни количество их детей не должны влиять на конкурентоспособность фондов. Цель состоит в сохранении принципа солидарности несмотря на конкуренцию между страховщиками. Возможность выбора страховщика должна быть предоставлена всему населению, но не за счет малообеспеченных.

Мы еще не располагаем достаточно убедительными данными в поддержку практических выводов о последствиях этих финансовых реформ для социальной справедливости, улучшения здоровья населения, эффективности и качества медицинского обслуживания. Однако некоторые тенденции в целом уже можно охарактеризовать.

Применяемые сейчас формулы корректировки на степень риска далеки от совершенства (114). Различия в коэффициентах смертности в большинстве случаев измеряются только по возрасту и полу, а они в лучшем случае — приблизительные показатели. Так, различия в номинальных размерах взносов (в Нидерландах и Швейцарии) или в ставках взносов (в Германии) отчасти объясняются неравномерной структурой рисков. Это можно рассматривать как нарушение принципа социальной справедливости. Это также является нарушением сигнально-распределительной функции уровня взносов, поскольку клиенты могут выбрать не самого эффективного страховщика, а того, у которого наилучшая рискованная структура. Таким образом, распределительная эффективность, обусловленная конкуренцией между страховщиками, может пострадать. В Германии и Швейцарии различия в уровне взносов, обусловленные неравномерностью рисковой структуры между фондами страхования на случай болезни, были более значительными до введения новой системы. Поэтому в этих странах в рамках существующей структуры конкурентных отношений наблюдается повышение уровня социальной справедливости и распределительной эффективности.

Поскольку различные рисковые структуры не полностью нейтрализуются системой корректировки на степень риска, у страховщиков еще остаются стимулы для «снятия сливок». Следовательно, они начали разрабатывать стратегии маркетинга, с помощью которых пытаются привлечь клиентуру с невысоким риском (67). В пределах, установленных мерами государственного регулирования, страховщики пытаются также приспособить свои планы медицинского обслуживания к определенным требованиям и заключать договоры с теми обслуживаемыми учреждениями, которые более привлекательны для состоятельных (и здоровых) клиентов. Этим клиентов они и предпочитают страховать. Поскольку такая практика ограничивает льготы, предоставляемые уязвимым группам или хронически больным, конкуренция сдерживает улучшение состояния здоровья населения.

С точки зрения сторонников рыночной модели здравоохранения, конкуренция между страховщиками имеет смысл только тогда, когда страховщики освобождены от мелочного регулирования сверху договоров с обслуживающими учреждениями. Тем не менее политики, ответственные за сферу здравоохранения в большинстве этих стран, не хотят ослаблять правила, регулирующие рост расходов, которые были разработаны на протяжении последних 20 лет. Если страховщики не получают больше свободы, чтобы выступать в качестве разумных, конкурирующих покупателей медицинских услуг, то потенциальные преимущества конкуренции (с точки зрения не только эффективности, но и выбора на основе различных договоров между покупателями и обслуживающими учреждениями) могут оказаться и не достигнутыми. Однако даже в этом случае остается одно преимущество: если потребители смогут выбирать между несколькими страховщиками, то последние, вероятнее всего, будут более внимательными к своим членам, чем в случае монополии.

Внедрение конкуренции между страховщиками при одновременном сохранении принципа солидарности — масштабная и трудная задача. Силы, высвободившиеся под воздействием рыночной стихии, делают невозможным введение конкуренции без ущерба для принципа солидарности посредством одного лишь дерегулирования. Систему социальной защиты на основе принципа солидарности нужно разрабатывать очень осторожно, а для этого требуется сложная система контроля над рынками медицинских услуг. Кроме того, нет еще ответов на ряд ключевых вопросов. Предстоит доказать, что конкуренция между страховщиками способствует повышению эффективности и результативности медицинского обслуживания и что вновь созданные механизмы, которые сочетают в себе солидарность и конкуренцию, будут успешно способствовать достижению обеих политических целей.

5. ЭФФЕКТИВНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ

В ряде стран как восточной, так и западной частей региона предпринимаются попытки перейти от интегрированных моделей предоставления медицинских услуг к отделению государственных или «квазигосударственных» страховщиков-покупателей медицинской помощи от тех, кто оказывает эту помощь. По мере ослабления прямых управленческих связей между этими двумя элементами все более важную роль начинают играть механизмы распределения ресурсов, поскольку они позволяют покупателям обеспечивать контроль за расходами на макроуровне, а также повышать результативность работы учреждений. Ключевые стратегии более эффективного распределения ресурсов включают использование механизмов заключения договоров, системы оплаты услуг, предоставляемых специалистами и учреждениями, механизмы закупки фармацевтических препаратов и распределение капитала, инвестируемого в здравоохранение.

Покупка медицинских услуг для улучшения здоровья: распределение ресурсов, закупка и договорные отношения

В ряде стран Европы договорные отношения рассматриваются как механизм достижения целей политики в области здравоохранения. Это координирующий механизм, который предлагает альтернативу традиционным командно-контрольным моделям управления здравоохранением. Важная особенность предоставления медицинской помощи на договорной основе состоит в том, что она способствует более ориентированному на рынок распределению ресурсов, основанному на разделении функций покупателей и поставщиков медицинских услуг. Оказание медицинской помощи на договорной основе возлагает на страховщиков и поставщиков медицинских услуг четкие обязательства и создает экономические стимулы для выполнения этих обязательств.

В системах здравоохранения, основанных на социальном страховании, практика заключения договоров между страховщиками и поставщиками медицинских услуг существует уже много лет. Так, например, в Германии и Нидерландах были созданы сложные организационные структуры, представляющие страховые компании и врачей на переговорах по вопросам оплаты медицинских услуг. Однако такие договорные механизмы существовали главным образом для стабилизации отношений между

страховщиками и теми, кто предоставляет медицинские услуги. В ходе ныне проводимых реформ, особенно в бюджетных системах здравоохранения, договорные отношения стали инструментом ведения переговоров о цене и качестве. Они помогают обеспечить выполнение поставщиками медицинских услуг взятых на себя обязательств.

Внедрение договорных отношений не следует рассматривать как событие, происходящее лишь в здравоохранении. На практике оно является частью более широкого процесса, происходящего в настоящее время во многих секторах государственной политики и общества. Голландский социолог Де Сван описывает этот процесс как переход от командного общества к обществу переговоров, в котором договорные отношения заменяют традиционные иерархические отношения. По его мнению, имеется два основных объяснения такого перехода к более симметричной сбалансированности властных полномочий в обществе. Быстрые технологические изменения и возрастающая потребность в эффективности и нововведениях требуют обеспечения более эффективной координации, чем это было возможно при действии жесткой командно-контрольной модели. Процессы демократизации и индивидуализации, происходящие в обществе, действуют в том же направлении. По мнению Де Свана, договорная модель обладает значительно большим потенциалом с точки зрения реагирования на потребности отдельных людей и небольших групп, чем командно-контрольная модель (258). Эти замечания также необходимо учитывать при понимании нынешнего процесса изменений, происходящих в системах здравоохранения.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Сторонники предоставления медицинских услуг на основе договоров выдвигают четыре основные причины внедрения договорных отношений в системы, основанные на налогообложении, и командно-контрольные системы здравоохранения.

Стимулирование децентрализации управления

Исследования, проведенные в рамках Национальной системы здравоохранения Соединенного Королевства, свидетельствуют о том, что договорная модель позволяет делегировать некоторые полномочия низшим звеньям системы управления, а это позволяет управляющим нижнего звена получить больше полномочий для мобилизации ресурсов и удовлетворения потребностей населения (259). Для децентрализации системы управления через договорные отношения можно использовать два основных механизма: четкое определение обязательств договаривающихся сторон с точки зрения предоставляемых услуг и разделение финансовых рисков покупателями и поставщиками медицинских услуг.

Благодаря первому механизму обязательства поставщиков медицинских услуг становятся не условиями, а реальными. Их обязательства оцениваются с точки зрения достижения результата, а не вложенных ресурсов. Выполнение таких обязательств связано с наличием финансовых средств, что особенно важно для стран ЦВЕ и СНГ, где здравоохранение серьезно недофинансировано из-за традиционного распределения средств в этот сектор по остаточному принципу. Четкое определение обязательств обеих сторон приводит также к тому, что децентрализация управления становится важнейшим компонентом государственной политики, а не просто следствием субъективного выбора лиц, принимающих решения.

Договоры также обеспечивают традиционные механизмы разделения рисков. Ответственность страховщиков за покрытие непредвиденных расходов заменяется договорным распределением рисков между страховщиками и теми, кто предоставляет услуги. Виды договоренностей о разделении рисков варьируются от упрощенных договорных положений в договорах с больницами о стоимости и объемах помощи (например в результате реформы Национальной системы здравоохранения в Соединенном Королевстве) до различных схем, при которых звено ПМСП выступает в роли держателя фондов (в Российской Федерации, Соединенном Королевстве и некоторых регионах Швеции). Их общая особенность состоит в том, что учреждения, предоставляющие медицинские услуги, становятся в определенной степени ответственными за непредвиденные расходы.

Повышение эффективности работы поставщиков медицинских услуг

Четкие договорные положения могут помочь избежать расплывчато сформулированных обязательств, наделив страховщиков рычагами воздействия на учреждения, предоставляющие медицинские услуги. Больницы и врачи становятся финансово ответственными за предоставление конкретно указанных по объему, качеству и ассортименту услуг по согласованным или установленным ценам.

Договорные отношения также способствуют внедрению систем мониторинга и оценки деятельности медиков. Например, заключаемые в настоящее время в британской национальной системе здравоохранения договоры формализуют этот процесс, предусматривая целевые и нормативные показатели деятельности. Это дает возможность страховщикам обосновать свои требования о предоставлении более качественных услуг, а также урегулировать споры. В данном случае основным ограничением является отсутствие надлежащей информации.

Улучшение планирования развития здравоохранения

Причина использования практики договорных отношений в качестве инструмента планирования состоит в том, что они обеспечивают непосред-

редственную связь между планированием и распределением ресурсов. Учреждения, предоставляющие услуги, получают экономический стимул для того, чтобы следовать стратегии планирования, закрепленной в договорных положениях.

Заключение договоров можно рассматривать как альтернативный путь обеспечения некоторых результатов, которые традиционно достигались с помощью планирования. Страховщики, занимающиеся оценкой потребностей в области здравоохранения и определением приоритетов, платят отобранному медицинскому учреждению за оказания услуг, которые наилучшим образом отвечают потребностям населения. Например, планы о создании межрегионального диагностического центра могут принять форму договора, в соответствии с которым регионы, участвующие в создании проекта, берут на себя обязательства делить между собой ресурсы и затраты на функционирование этого нового учреждения.

Кроме того, предоставление медицинских услуг на договорной основе может способствовать совершенствованию информационных систем. Для страховщиков, заинтересованных во внедрении стабильной договорной практики, требуется информация о состоянии здравоохранения, потребностях в медицинской помощи, результативности здравоохранения, стоимости услуг и эффективности деятельности медицинских учреждений, без которой не могут быть составлены договоры.

Улучшение системы управления оказанием медицинской помощи

Одной из важнейших целей договорных отношений является поощрение перехода от стационарного к амбулаторному медицинскому обслуживанию, а также к наиболее эффективному с точки зрения затрат медицинскому вмешательству. Эта стратегия имеет особое значение для стран ЦВЕ и СНГ, где ранее бюрократический контроль приводил к серьезной деформации структуры системы здравоохранения. Расходы на лечение в стационарных учреждениях в Российской Федерации, например, составляли около 70% расходов на здравоохранение по сравнению с отмечаемым в странах ОЭСР средним показателем 44% для больниц и 55% для больниц долговременного пребывания.

ДОГОВОРНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И СИСТЕМА ОХРАНЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Договорные отношения и равенство

Договорные отношения могут способствовать обеспечению справедливости, если на основании оценки потребностей они будут учитывать интересы уязвимых и неблагополучных групп населения, а также районов, не получающих достаточного объема медицинской помощи. С этой точки зрения покупатель медицинских услуг представляет интересы своих

групп населения, распределяя ресурсы и покупая услуги с учетом их потребностей.

Однако предоставление медицинских услуг на договорной основе может поставить равенство под угрозу. Например, некоторые утверждают, что менее прибыльным услугам могут уделять меньшее внимание по сравнению с более прибыльными или же от них могут даже постепенно отказаться (55).

Договорные отношения и участие населения

Участие населения в процессе заключения договоров может привести к процессу демократизации служб здравоохранения, повысить ответственность правительств и медицинских работников, а также в большей степени увязать политику здравоохранения с потребностями и приоритетами общества.

Процесс заключения договоров можно разделить на три этапа: этап, предшествующий заключению договора, этап подписания договора или соглашения и этап, следующий за подписанием договора. Население может участвовать в процессе заключения договора на всех трех этапах.

Договорные отношения и межсекторальный подход

Вряд ли можно утверждать, что межсекторальный подход уже характерен для договорных отношений, поскольку в наши дни упор делается главным образом на первичном, вторичном и третичном уровнях оказания лечебной помощи. При этом многочисленные аспекты лечебной помощи тесно связаны с другими направлениями деятельности общества, такими как образование, занятость и механизмы оказания социальной защиты. Это лишь немногие из многочисленных направлений деятельности общества. Таким образом, практика договорных отношений может использоваться как механизм интеграции этих мероприятий в систему охраны здоровья населения. Кроме того, практика заключения договоров может быть использована и в других областях, например в области гигиены и охраны окружающей среды.

ПОДХОДЫ К ДОГОВОРНЫМ ОТНОШЕНИЯМ

Возможны два таких подхода. Во-первых, процесс заключения договоров можно рассматривать как инструмент планирования и управления медицинской помощью как в условиях конкуренции, так и без таковой. Это подразумевает, что договоры могут быть неотъемлемой частью процесса планирования, независимо от того, какую роль в распределении ресурсов играют рыночные механизмы. Другими словами, процесс заключения договоров рассматривается как формализация процесса планирования и управления, при этом договаривающиеся стороны недвусмысленно заявляют о своей готовности добиться достижения целей и выполнения конкретных задач.

В рамках второго подхода заключение договоров рассматривается как инструмент обеспечения информированного выбора тех, кто оказывает медицинскую помощь. Такой вид заключения договоров происходит в условиях конкуренции и имеет целью стимулировать проведение конкурентных торгов в отношении пакетов медицинских услуг.

Эти два подхода необязательно являются взаимоисключающими. Требования, выдвигаемые страховщиками в ходе конкурентных торгов, могут включать положения, направленные на улучшение планирования ресурсов и управления структурой оказания медицинской помощи.

Договоры определяют взаимоотношения между различными категориями участников в любой системе оказания медицинской помощи. Весьма разнообразными могут быть виды договоров. Практику договорных отношений можно анализировать по четырем основным элементам: кто является договаривающимися сторонами, правовой статус договоров в сфере здравоохранения, конкретный вид механизма заключения договоров и охват этого процесса (например двусторонний по сравнению с многосторонним).

Стороны договора

В модели Бевериджа сторону покупателей представляют органы системы охраны общественного здоровья. Недавнее нововведение в Российской Федерации, Швеции и в Соединенном Королевстве состоит в том, что учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, также могут выступать в качестве покупателей медицинских услуг. По другую сторону находятся те, кто предоставляет медицинские услуги. Договоры могут касаться не только стационарной или амбулаторной медицинской помощи, но и системы охраны общественного здоровья, программ борьбы с конкретными заболеваниями и оказания помощи на уровне общин. В модели Бисмарка возможности правительства в договорном процессе относительно ниже, поскольку страховые компании действуют как покупатели медицинских услуг. В данном случае договоры заключаются между страховщиками и нанимателями или отдельными гражданами, а также между страховщиками и поставщиками медицинских услуг. Помимо этого могут заключаться договоры между страховщиками и правительством о предоставлении субсидий, а также между страховщиками и центральными страховыми организациями.

В модели Бисмарка отношения между страховщиками и поставщиками медицинских услуг могут регулироваться заключением не индивидуальных, а коллективных договоров, таких, как договоры между ассоциациями врачей и страховщиками (или их ассоциациями). Иногда заключение коллективных договоров используется также в странах, где господствует модель заключения индивидуальных договоров. В Соединенных Штатах Америки в последнее время неофициальные ассоциации

врачей используют так называемые «зонтичные договоры». В подобных условиях врач уполномочивает свободную ассоциацию ему равных провести переговоры со страховщиками с целью заключения договоров об оказании медицинских услуг (260). Подобная процедура заключения договора имеет место в Российской Федерации: соглашения между региональным органом управления здравоохранением, страховыми фондами и ассоциациями поставщиков медицинских услуг служат основой для заключения индивидуальных договоров.

Существует различие между «жестким» и «мягким» процессом заключения договоров. При «жестком» заключении договоров договаривающиеся стороны являются относительно самостоятельными и отстаивают свои интересы активно и решительно. При «мягких» договорных отношениях договоры являются в меньшей степени формальными и договаривающиеся стороны защищают в целом общие интересы сторон. Отношения между страховщиками/покупателями и поставщиками медицинских услуг в большей степени зависят от сотрудничества, взаимной поддержки, доверия и преемственности отношений, чем от проявления духа конкуренции и оппортунизма (6). Гибкие договоры будут в меньшей степени обязательными юридически. В рамках договорных отношений, сложившихся после реформы британской Национальной системы здравоохранения, договоры не являются юридическими документами и правительство не исходит из того, что они должны подкрепляться правовой санкцией. Их можно также описать как «соглашения» и «договоренности». Они не определяются в качестве договоров в юридическом смысле.

Покупатели играют различную роль при заключении договоров в зависимости от правового статуса тех, кто предоставляет медицинские услуги. Если договор заключается с независимыми или самостоятельными учреждениями, предоставляющими медицинские услуги, (например больницы трасты), органы управления действуют в качестве покупателей со всеми правами и обязанностями, которые применяются к отношениям между образованиями, каждое из которых добровольно и сознательно участвует в обмене. Когда договор заключается с медицинскими учреждениями, принадлежащими государству, органы управления действуют в качестве агентов, то есть представителей правительства. В первом случае происходит разделение на покупателя и поставщика услуг, а во втором случае на агента и поставщика услуг.

Различия между ролью покупателя и агента могут иметь отношение к отмеченному выше различию между жесткими и мягкими договорами. Отношения между покупателем и поставщиком услуг могут основываться либо на жестких, либо на мягких договорах. Отношения между агентом и поставщиком услуг, по всей вероятности, будут менее формальными и будут основываться на доверии, долговременных контактах и сотрудничестве.

Содержание договоров

Используется три вида договоров.

ПАКЕТНЫЙ ДОГОВОР

Его можно сравнить с бюджетом какой-либо определенной службы. Покупатель (или посредник) соглашается уплатить определенную сумму в обмен на доступ к определенному кругу услуг. Блок-контракты могут дополнительно содержать положения, касающиеся максимального и минимального объема услуг, мониторинга и оценки качества, хотя этот аспект остается не слишком разработанным из-за недостатка информации о противозатратной эффективности конечных результатов оказания медицинской помощи.

ДОГОВОР НА СОГЛАСОВАННУЮ СТОИМОСТЬ И ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Такой договор является усовершенствованным вариантом блок-контракта, поскольку плата за конкретные услуги в большей степени относится к объему услуг, который надлежит предоставить. Например, такой договор может предусматривать обязательство покупателя (или посредника) уплатить конкретную сумму за согласованное число пациентов, обслуживаемых определенными специалистами. В другом более доработанном варианте оплата может различаться в зависимости от оказанной услуги (например категории высоких, средних и низких затрат).

ДОГОВОР С УКАЗАНИЕМ СТОИМОСТИ ПО КАЖДОМУ СЛУЧАЮ

Единая цена устанавливается для каждого вида услуг. В настоящее время такой вид договора используется весьма ограниченно, поскольку для него требуется информация о стоимости индивидуального лечения с такой степенью детализации и точности, которые в настоящее время нельзя обеспечить. В настоящее время разрабатываются системы получения информации о стоимости услуг, и они используются все шире для обеспечения более эффективного использования ресурсов.

Осуществление договорных отношений

Практика заключения договоров в Европейском регионе является весьма разнообразной, отражая модели финансирования и организации медицинской помощи, действующие в каждой стране. С точки зрения процесса заключения договоров страны могут быть разделены на четыре группы: страны, придерживающиеся Бевериджской модели, страны, придерживающиеся Бисмаркской модели, страны Южной Европы со смешанной моделью и страны ЦВЕ и СНГ. Причина образования специальной группы для стран ЦВЕ и СНГ состоит в том, что эти развивающиеся системы

здравоохранения зачастую не вписываются в традиционную типологию. Они, скорее, представляют собой переходную систему.

Системы Бевериджа

Реформа системы здравоохранения, в рамках которой в группу стран с Бевериджской моделью здравоохранения внедряются механизмы договорных отношений, имеет целью смягчить командно-контрольные элементы этой модели. Договорные отношения влекут за собой разделение в секторе здравоохранения функций покупателей и поставщиков медицинских услуг. Из числа стран, относящихся к этой группе, три страны непосредственно ввели практику заключения договоров на предоставление медицинских услуг.

ФИНЛЯНДИЯ

С начала 1993 года реформа систем государственных субсидий привела к появлению формулы посредник/поставщик услуг. Ответственность за финансирование и обеспечение медицинской помощи в Финляндии возложена на муниципалитеты. В рамках реформы, которая изменила систему государственных субсидий, муниципалитетам была предоставлена большая свобода по организации системы оказания услуг, и они получили возможность играть более активную роль по отношению к учреждениям, предоставляющим медицинские услуги, хотя они остаются ответственными за предоставление медицинских (и социальных) услуг. В результате этой реформы финансирование больниц изменилось таким образом, что теперь доходы зависят от услуг, заказываемых муниципалитетами.

Основная цель этих реформ состоит в том, чтобы обеспечить большую гибкость в оказании медицинских услуг на местном уровне при соответствующем сокращении жесткости контроля со стороны центрального правительства. Эти шаги предпринимаются параллельно с усилиями по усилению позиции муниципалитетов по отношению к больничным учреждениям, предоставляющим медицинские услуги. В настоящее время не ясно, приведут ли эти реформы к полному разделению функций покупателей и поставщиков медицинских услуг.

ШВЕЦИЯ

В ряде округов была введена практика купли-продажи услуг между публичным учреждением на уровне округа или района и больницами. Эти реформы также включают: формирование договорных отношений между округами и частными медицинскими организациями. В некоторых округах учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь, выступают в качестве покупателей стационарной медицинской помощи, а потребитель выбирает поставщиков стационарной или амбулаторной помощи (6).

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО

В результате разделения функций покупателя и поставщика медицинских услуг появляются следующие договаривающиеся стороны: местные органы здравоохранения, которые ранее занимались и финансированием, и управлением больниц, а также медико-социальными услугами на муниципальном уровне; врачи общей практики — фондодержатели, первоначально объединявшие крупные группы врачей, обслуживавших более 9000 пациентов. Они контролируют бюджеты на некоторые стационарные, факультативные и амбулаторные услуги. Эти две группы покупателей заключают договоры с самоуправляющимися, но принадлежащими государству больничными трестами Национальной системы здравоохранения, частными больницами и/или общинными службами.

Согласно описанной выше классификации договоров местные органы здравоохранения действуют в качестве агентов, а не покупателей; с другой стороны, врачи общей практики — фондодержатели выступают только в качестве покупателей.

Системы Бисмарка

В странах континентальной Европы договорные отношения являются одним из элементов систем Бисмарка, основанных на социальном страховании, с самого начала их существования. Однако до последнего времени упор в этих договорах не делался на цены или эффективность; считалось, что они не могут быть оспорены. С другой стороны, заключение традиционных договоров социального страхования лишь формализует долгосрочное соглашение об оплате. Обычно эти договоры являлись предметом переговоров между объединениями фондов медицинского страхования (покупателями) и ассоциациями лечебных учреждений и/или врачами (предоставляющими медицинские услуги) под контролем и согласно указаниям национального законодательства.

Однако с конца 80-х годов в Нидерландах предпринимается попытка внедрить в большей степени ориентированную на цены модель заключения договоров, которая предусматривает первоначальные взносы отдельных лиц, а также договоры между страховщиками (фонды медицинского страхования) и учреждениями — поставщиками медицинских услуг. Германия также планирует принять подобные меры.

ГЕРМАНИЯ

Заключение договоров в Германии по-прежнему остается образцом довольно формальных отношений, хотя элементы финансовой эффективности начинают играть свою роль. Были предприняты усилия по расширению полномочий страховщиков в отношении учреждений, предоставляющих медицинскую помощь, после принятия в 1989 году законодательства о реформе системы оказания медицинской помощи, когда фонды

медицинского страхования получили свободу расторгать договоры с лечебными учреждениями, не обеспечивающими эффективность лечения. Тем не менее сохраняется коллективный (а не селективный) характер договорных отношений. Этим законодательством также предусматривается, что больницы обязаны публиковать тарифы на свои услуги.

Оплата труда врачей в стационарном секторе основана на системе оценок в баллах. Договоры, заключаемые на национальном уровне между федеральными ассоциациями фондов медицинского страхования и федеральными ассоциациями врачей, определяют прейскурант цен, который включает около 2500 видов услуг, а также соответствующую шкалу баллов. Эти соглашения пересматриваются лишь изредка. Ассоциации фондов медицинского здравоохранения на уровне земли (покупатели) ведут переговоры с ассоциациями врачей на национальном уровне об уплате предполагаемой единовременной суммы, распределяемой среди врачей в соответствии с согласованным на национальном уровне прейскурантом цен и с учетом объема предоставленных услуг. Труд врачей оплачивается на основе получения платы за каждую конкретную услугу, при этом используется прейскурант цен, шкала относительной ценности в баллах и денежное выражение одного балла. Поскольку общая сумма денег, подлежащих передаче ассоциации врачей, определена в соглашении, оплата за балл обратно пропорциональна объему услуг, предоставленных коллективно врачами.

Возмещение расходов в больнице определяется путем заключения договоров между ассоциациями лечебных учреждений и ассоциациями фондов медицинского страхования и основано на средней ежедневной ставке стоимости пациенто-дня. Объем контролируется с помощью перспективного глобального бюджетирования, который начиная с 1996 года также должен регулироваться с помощью фонда доходов на уровне земли. Договоры могут также включать соглашения относительно качества услуг.

По сравнению с моделью договорных отношений, применяемой в настоящее время в Соединенном Королевстве, покупатели в Германии более ограничены в своих возможностях, особенно в отношении детального определения услуг.

НИДЕРЛАНДЫ

В 1987 году Комитет Деккера (261) предложил использовать договорные отношения в качестве инструмента для передачи страховым учреждениям больших полномочий от учреждений, предоставляющих медицинские услуги. Взаимоотношения между фондами медицинского страхования и учреждениями, предоставляющими медицинские услуги (больницы и врачи), должны были быть изменены в результате отмены требования о том, чтобы фонды заключали договоры со всеми заинтересованными поставщиками услуг, а также после наделения их определенной свободой заключать договоры выборочно. В рамках новой системы

страховщики смогут действовать в большей степени по своему усмотрению в отношении медицинских учреждений, с которыми они заключают договоры. Такой более гибкий процесс договорных отношений сделает страховщиков, которые в настоящее время являются относительно пассивными плательщиками, более активными покупателями и менеджерами. Хотя страховщики получили определенную свободу заключать договоры выборочно с врачами, этого еще предстоит добиться в отношении больниц (156).

Новая схема договорных отношений направлена на изменение характера взаимоотношений между страховщиками и отдельными гражданами. Страховщики стремятся расширить свою долю на рынке, предлагая дополнительные медицинские услуги, такие, как ежегодную проверку врачами здоровья пациента, использование возможностей лечения в других странах для сокращения времени ожидания, и медицинские услуги в дополнение к основному пакету. Это новое явление, поскольку до недавнего времени в Нидерландах (и в других странах, применяющих модель Бисмарка) договоры регулировались постановлениями правительства, и граждане, доход которых был ниже предельной цифры, установленной фондами медицинского страхования, имели весьма ограниченный выбор страховщиков.

Страны Южной Европы

В Греции, Израиле, Италии, Португалии, Испании и Турции применяются смешанные системы, которые сочетают элементы как Бисмаркской, так и Бевериджской моделей. Греция, Италия, Португалия и Испания находятся на стадии перехода от систем, основанных главным образом на страховании, к системам, основанным главным образом на налогообложении, и как таковые имеют либо сложившиеся, либо складывающиеся национальные системы здравоохранения. Хотя в некоторых регионах Италии (Эмилия-Романья и Венеция) и Испании (Каталония и Страна Басков) продолжается осуществление реформ, в целом эти страны еще не внедрили модель заключения договоров между покупателями (в этом случае правительством или государственными учреждениями) и учреждениями—поставщиками медицинских услуг¹⁹.

Отличие Турции состоит в том, что в настоящее время она находится в процессе распространения действия системы страхования на те части населения, которые ранее им не охватывались. Выдвинутые в последнее время предложения о реформе здравоохранения предусматривают меры по организации процесса заключения договоров между покупателями и

¹⁹В Испании предложения о реформе 1991 года предусматривали разделение функций покупателей и поставщиков медицинских услуг, что должно было привести к распространению модели заключения договоров. Эти рекомендации были, однако, осуществлены лишь частично.

поставщиками медицинских услуг. Предложения предусматривают, что страховые взносы (которые должны субсидироваться за счет налоговых поступлений), взимаемые с четырех страховых фондов (три из которых существуют, а один находится в стадии создания), должны передаваться провинциальным управлениям здравоохранения. Соответственно, эти управления будут покупателями и будут заключать договоры с отобранными лечебными учреждениями—поставщиками медицинских услуг. Со своей стороны, отобранные больницы должны управляться самостоятельно. Эти предложения еще не были осуществлены.

Страны ЦВЕ и СНГ

Системы здравоохранения в этих странах были традиционно основаны на модели Семашко, представляющей собой жесткую иерархическую общенациональную контролируемую систему, в которой весь медицинский персонал, включая врачей, является государственными служащими. В ряде стран этой группы предпринимаются усилия для внедрения основанной на страховании системы по примеру модели Бисмарка, в то время как другие страны высказали заинтересованность в проведении подобных мероприятий в будущем. Ряд стран пытается внедрить процесс заключения договоров между плательщиками и поставщиками медицинских услуг в контексте вновь созданных систем медицинского страхования. Многие из вопросов, относящихся к механизмам заключения договоров между страховщиками и поставщиками медицинской помощи, пока еще не решены. К странам, которые пытаются внедрить практику заключения договоров путем той или иной формы разделения функций покупателей и поставщиков медицинских услуг, относятся Болгария, Венгрия, Грузия, Российская Федерация, Румыния, Чешская Республика и Эстония.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

В соответствии с законодательством о медицинском страховании, принятым в 1991 году, была введена система обязательного медицинского страхования на децентрализованной основе. Каждый из 88 регионов может создавать свою собственную систему обязательного медицинского страхования, хотя основные элементы системы определяются федеральным законодательством. К числу этих элементов относятся следующие: работодатели вносят увязанные с доходами взносы в региональный фонд обязательного медицинского страхования за своих работников; местные власти делают взносы в фонд за неработающее население и непосредственно финансируют ряд медицинских программ и учреждений, предоставляющих медицинские услуги; региональный фонд распределяет ресурсы среди конкурирующих страховщиков на основе дифференцированного подушевого норматива; страховщики (в некоторых регионах отделения фонда) платят медицинским учреждениям—поставщикам услуг (262).

В соответствии с таким характером финансовых потоков возникает, по крайней мере, четыре вида договорных отношений: между работодателем и страховщиками, между страховщиками и территориальным фондом обязательного медицинского страхования, между местным правительством и страховщиком (или фондом) и между страховщиками и медицинскими учреждениями, предоставляющими услуги. В некоторых регионах региональные или местные фонды заключают договоры непосредственно с медицинскими учреждениями, предоставляющими услуги (195, 239). Эти договоры относительно редки, поскольку в большинстве случаев органы здравоохранения склонны распределять ресурсы напрямую. Таким образом, основным покупателем является страхователь или отделение фонда.

Виды договоров с поставщиками услуг похожи на договоры, используемые в Соединенном Королевстве. Однако акцент делается на различных договорах: договорах, учитывающих стоимость в каждом конкретном случае, для больниц и договорах, основанных на подушевом финансировании поликлиник. Договоры также предусматривают возможность осуществления контроля за качеством и защитой интересов потребителей. Учреждения—поставщики медицинских услуг берут на себя обязательство оказывать услуги на уровне утвержденных клинических стандартов, и они являются объектом контроля со стороны страховщиков. Предусмотрены конкретные положения о финансовых санкциях за нарушение стандартов и о процедурах контроля за качеством. Возможности для децентрализации системы управления больницами согласно такому договору не меньше, чем для британских больничных трестов.

В большинстве регионов договоры предусматривают, что основной риск несут покупатели. Они обязаны платить за каждый случай стационарного лечения и в некоторых регионах, таких, как Москва, за каждую услугу в поликлинике. Чтобы это было возможно, договоренность о распределении риска включается в договор между региональным фондом и страховщиками, при этом каждая сторона создает резервный фонд для оплаты непредвиденных расходов. Тем не менее имеются некоторые свидетельства растущего интереса к распределению риска между страховщиками и учреждениями, предоставляющими медицинские услуги. Например, в Кемеровской области поликлиники близки к тому, чтобы стать держателями фондов для всех видов амбулаторного лечения и определенной доли стационарного лечения. Тем самым они делят риск со страховщиками.

Региональная схема обязательного медицинского страхования регулируется коллективным договором (соглашением) между региональным правительством, региональным фондом и медицинскими ассоциациями. В нем указываются общие правила финансирования и управления системой обязательного медицинского страхования, в том числе методы и нормы оплаты, а также основной пакет медицинских услуг. Основные положения коллективного соглашения предусматривают механизмы

выравнивания финансирования между страховщиками и соответственно между застрахованными. Таким образом, система направлена на внедрение договорных отношений с учреждениями, предоставляющими медицинские услуги, и в то же время на сохранение духа солидарности и справедливости.

КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДОГОВОРНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Переход к более сложным моделям договорных отношений, например, учитывающим стоимость и объем или стоимость по каждому отдельному случаю, ограничивается тем фактом, что отсутствует достаточная информация для проведения эффективной политики закупки таких услуг. Минимальные информационные требования для эффективных договорных отношений включают данные о потоках пациентов, информацию о стоимости и потреблении медицинских услуг по различным специальностям или диагностическим группам, а также информацию о демографических группах и группах риска. Необходимо вложить крупные инвестиции в информационные системы, которые должны быть способны обрабатывать отдельные счета. Важно также распространять информацию, позволяющую пользователям сделать рациональный выбор тех или иных учреждений или работников, предоставляющих медицинские услуги. Необходимо преодолеть сопротивление органов здравоохранения и врачей сбору и распространению медико-санитарной информации, а также наблюдающуюся сейчас тенденцию манипулировать имеющейся информацией.

Смежным вопросом является также рост расходов на подготовку и заключение договора, т.е. расходов, связанных с обеспечением непрерывного взаимодействия покупателей и поставщиков медицинских услуг (оценка потребностей, анализ результативности, проведение переговоров, мониторинг и т.д.). Эти дополнительные расходы могут быть оправданы лишь в случае значительного повышения качества и результативности медицинских услуг. Для снижения таких расходов некоторые ученые призывают покупателей и поставщиков медицинских услуг вступать в долгосрочные договорные отношения, а не рассматривать свою задачу как заключение лишь одноразовых рыночных сделок (19, 263).

Принятие системы распределения, основанной на договоре, имеет ряд последствий для трудовых ресурсов. Персонал должен быть подготовлен и получать долгосрочную поддержку, имея возможности приобретать навыки ведения переговоров, необходимые для эффективного заключения договоров. Но даже располагая такими навыками, покупателям обычно весьма трудно вести переговоры на равных с поставщиками медицинских услуг, поскольку последние в течение долгого времени преобладали в сфере принятия решений об оказании тех или иных услуг. И, напротив, те, кто предоставляет медицинские услуги, крайне озабочены перераспределением властных полномочий, связанных с заключением договоров.

В связи с заключением договоров в Российской Федерации и других странах ЦВЕ и СНГ возникает несколько дополнительных вопросов, при этом основным из них является недофинансирование системы. Государственное финансирование должно быть адекватным и предсказуемым, позволяя оплатить счета учреждений, с которыми заключены договоры о предоставлении медицинских услуг. В странах с переходной экономикой такое условие выполняется весьма редко. Ассигнования в Российской Федерации на здравоохранение составляют лишь 3–4% от валового национального продукта (ВНП). Кроме того, обязательство государства предоставлять услуги без взимания (по крайней мере официального) расходов с потребителей является чрезмерным даже по принятым стандартам более развитых стран. Поэтому политические обязательства могут вступать в конфликт с договорными отношениями.

Переход от прямого распределения ресурсов к установлению договорных отношений с учреждениями, предоставляющими медицинские услуги, не является простым процессом. Одной из важнейших причин медленного продвижения реформ является нечеткое определение ответственности страховых фондов и органов здравоохранения. Последние сохраняют за собой ответственность как прямые поставщики основной части медицинских услуг; они осуществляют контроль за финансами и распределяют их вне договорных отношений с медиками. Например, в большинстве регионов Российской Федерации доля расходов на здравоохранение, охватываемых договорами, в 1995 году колебалась от 25 до 30%.

Другим сдерживающим фактором является фрагментация политики финансирования. Это приводит к тому, что один плательщик — страховая организация — действует в качестве покупающего агентства, в то время как другой — органы здравоохранения и местные органы власти — непосредственно распределяет ресурсы в медицинском секторе. Таким образом, те, кто предоставляет медицинские услуги, должны соответствовать требованиям двух различных экономических режимов: договорному со страховщиками и недоговорному — с органами здравоохранения и местными органами власти. Это ограничивает возможности для обеспечения результативности предоставляемых услуг. Такая двойная структура финансирования и смешанные стимулы, которые она порождает, вызывают все большее беспокойство. В ответ на такую ситуацию некоторые органы здравоохранения и территориальные медицинские страховые фонды стали действовать совместно для координации своей политики в области закупки медицинских услуг.

Еще одним сдерживающим фактором в странах ЦВЕ и СНГ является отсутствие навыков управления договорными отношениями. Для таких отношений необходимы навыки, которые не нужны при непосредственном оказании медицинских услуг государственными учреждениями, такие, как ведение переговоров, контроль за результативностью оказываемых услуг и способность планировать более эффективную с точки зре-

ния расходов медицинскую помощь. Кроме того, договорные отношения подразумевают высокую степень децентрализации процесса распределения ресурсов, поскольку на торги будут привлечены местные поставители медицинских услуг, которые являются слишком многочисленными, чтобы рассматривать их деятельность на центральном уровне, и они лучше известны местным покупателям. Поэтому необходимо вырабатывать соответствующие навыки на среднем и нижнем уровнях управления системой, где потенциал может оказаться особенно слабым. Короче говоря, наращивание управленческого потенциала является предварительным условием для обеспечения надежного процесса заключения договоров.

ВЫВОДЫ

Растущий интерес к договорным отношениям можно объяснить разочарованием традиционными механизмами командно-контрольной модели распределения ресурсов. Договорные отношения могут реализовать как в конкурентных, так и неконкурентных условиях. В обоих случаях заключение договоров можно рассматривать как инструмент планирования и управления.

Из этого следует, что договорные отношения — это новый путь делать многое из того, чем раньше традиционно занимались органы планирования и управления медицинской помощью, причем таким образом, который позволяет одновременно устранять трудности, присущие традиционным методам планирования, и в то же время достигать целый ряд целей здравоохранения.

В практике договорных отношений в странах с различными моделями здравоохранения можно выделить четыре основные тенденции:

- от блок-контрактов к договорам, учитывающим стоимость и объем, а также стоимость каждого случая лечения;
- от универсальных к индивидуальным договорам;
- от заключения договоров со всеми поставщиками медицинских услуг к селективным договорным отношениям;
- от договоров по нескольким позициям (главным образом по объему и качеству) к более сложным договорам (с рядом положений относительно ограничения расходов, управления потреблением медицинских услуг, обеспечения качества, договоренностей о распределении рисков и т.д.).

Однако фактическое осуществление договорных отношений необязательно совпадает с теоретическими ожиданиями. Процесс заключения договоров сталкивается со многими препятствиями и проблемами, из которых наиболее важными являются отсутствие надлежащей информации, управленческих навыков у тех, кто покупает медицинские услуги, и тех, кто их предоставляет, высокие расходы на подготовку сделки и недостаточность государственного финансирования в странах ЦВЕ и СНГ.

Системы оплаты труда производителей медицинских услуг с учетом их результативности

Во всем Европейском регионе директивные органы требуют введения систем оплаты для специалистов и учреждений, которые стимулировали бы доступ пациентов к эффективной и высококачественной помощи и достигали бы цели эффективности и сдерживания роста затрат. В настоящем разделе рассматривается воздействие различных систем на оплату труда врачей и больниц и описываются меры по изменению этих механизмов, которые недавно были приняты в различных странах региона.

ОПЛАТА ТРУДА ВРАЧЕЙ

Разработка систем оплаты труда врачей связана с признанием особых целей и сдерживающих факторов, которые определяют их поведение. Один из ключевых элементов состоит в недостоверности и асимметрии имеющейся у врача и пациента информации, которая является источником агентских отношений между ними. Хотя такая форма отношений прежде всего нацелена на защиту интересов пациента, она может привести к тому, что врачи, действующие в качестве представителей пациентов, будут способствовать повышению спроса на свои собственные услуги, с тем чтобы довести до максимума свои личные доходы. (См. обсуждение проблемы разделения расходов в главе 3, с. 107–133).

Усилия по обеспечению оптимальной системы оплаты

Оптимальная система оплаты предполагает достижение ряда стратегических целей, включая: эффективное использование ресурсов, доступность, качество (включая такие аспекты, как всесторонняя помощь и координация между службами); глобальный подход к проблеме охраны здоровья, включая профилактику, выбор врача для пациента, профессиональную свободу врача и непосредственное осуществление договора.

Существует три основных вида оплаты труда врачей: плата за отдельную услугу (гонорарная оплата), твердая зарплата и те выплаты, объем которых зависит от численности обслуживаемого населения (подушевая оплата) (264) — вместе с доплатами в качестве поощрения за хорошую работу, которые могут сочетаться с любой из трех вышеназванных форм оплаты. Пытаясь построить типологию систем оплаты, которая включала бы те условия, в которых практикуют врачи, необходимо прежде всего поставить три следующих вопроса (265).

ЗА ЧТО ВЗИМАЕТСЯ ПЛАТА?

В рамках этой категории можно определить три различные системы оплаты. Первая (основанная на зарплате) представляет собой вознаграждение за используемый ресурс — время, затраченное врачом. В рамках этой системы врач работает по заранее определенному графику и сочетает различные виды деятельности, такие как лечебная деятельность, выполнение административных задач и преподавание.

Вторая система (гонорарная оплата) представляет собой вознаграждение за каждую отдельную услугу. Такие системы организованы с учетом шкалы тарифов, которая классифицирует различные виды деятельности врачей с различной степенью точности (266). Шкала тарифов, например, в Квебеке является исключительно подробной и включает не менее 7 000 процедур. Напротив, во Франции она более схематична, поскольку отражает вид медицинской деятельности, обозначенный буквой (например, К для хирургии), и коэффициент (например, 50 за незначительное хирургическое вмешательство). В этой группе можно различать два вида случаев в зависимости от того, включены ли постоянные затраты (например капитальное оборудование). Если оно включается, то закупка капитального оборудования может стать важной определяющей объема выполненных услуг, например в области рентгенологии.

Третья система (из расчета на одного человека) представляет собой оплату ответственности за здоровье пациента. Здесь можно различать два вида: ответственность за здоровье населения, охватываемого медицинским контролем в течение определенного периода, или ответственность за лечение на одном из этапов медицинской помощи, как, например, единовременная сумма за родовую помощь. Этот второй вид является промежуточным вариантом между платой за оказанные услуги и подушевой оплатой. Он остается весьма ограниченным.

КТО ОПРЕДЕЛЯЕТ УРОВЕНЬ ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ?

Здесь можно обозначить три варианта. Первый — «свободное назначение гонорара» самими врачами не является широко распространенным, но используется во Франции для врачей сектора II²⁰

Второй вариант подразумевает проведение переговоров между представителями врачей и страховщиками-покупателями. В преискурантах может определяться уровень гонораров, на который врачи могут претендовать, но они применяют положения преискуранта по своему усмотрению. В жесткой системе, т.е. где устанавливаются пределы глобальных

²⁰Во Франции в 1980 году был установлен новый вариант для врачей, занимающихся амбулаторным лечением. В этой системе врачи свободны устанавливать свой собственный гонорар, но те, кто выбирает эту систему, платят высокие взносы в систему социального страхования, нежели врачи сектора I. Сектор II выбрало около 25% врачей (главным образом специалистов).

расходов, переговоры определяют общие расходы, в то время как в рамках свободной системы могут применяться количественные коррективы и общие расходы становятся известны лишь ретроспективно.

Третий вариант предусматривает определение уровня дохода центральным учреждением. В этом случае уровень дохода и его оценка может зависеть от продолжительности опыта работы или может определяться результативностью лечения.

КТО ПЛАТИТ?

Имеется три различных варианта оплаты труда врачей. Во-первых, это потребитель, как, например, во Франции, где пациент оплачивает весь счет и позднее его расходы частично возмещаются медицинской страховкой; во-вторых, это страховщик, т.е. страховая компания; и в-третьих, это учреждение, нанимающее врача.

В результате можно получить 15 различных комбинаций (вариантов), которые позволяют законодательным органам учитывать условия (отношения со страховщиками и пациентами), в которых практикует врач. Помимо типологической ценности такого подхода он помогает предсказать возможные последствия различных видов систем платежа. Например, в случае применения такого подхода, при анализе методов оплаты за предоставленные услуги следует рассматривать не менее семи различных вариантов, в зависимости от того, кто определяет гонорары и кто платит. Действительно, вероятность спроса, обусловленного воздействием предложения, возрастет пропорционально степени свободы врачей в каждом конкретном случае. На одном конце спектра врачи имеют большую свободу в рамках системы оплаты за конкретные услуги, где они сами устанавливают свои гонорары, и сами пациенты платят. На другом конце спектра системы оплаты за конкретные услуги будут более жесткими, если труд врачей оплачивается их учреждением и их уровень дохода определяется центральным учреждением (265).

Тенденции в Европейском регионе

ЗАПАДНОЕВРОПЕЙСКИЕ СТРАНЫ

В таблице 14 резюмируются ныне применяемые модели оплаты труда врачей первичной медицинской помощи в ряде западноевропейских стран. В ней также показано соотношение между видом оплаты и другими ключевыми факторами, включая число посещений врача в год в расчете на душу населения, уровень соучастия в расходах, а также выполнение врачом функций координатора в отношении направления пациента к другому специалисту.

Среди непосредственно занятых в учреждении врачей господствует система оплаты в виде твердой ставки зарплаты. В системах, основанных на страховании, врачи первичной медико-санитарной помощи являются

Т а б л и ц а 14. Основные методы оплаты услуг врачей первичной медико-санитарной помощи в западноевропейских странах

| Страна | Вид оплаты | Число посещений на человека в год, 1992 | Необходимость направления пациента врачом общей практики к специалисту | Соучастие в расходах |
|--|--|---|--|-------------------------------------|
| Врач действует на договорной основе | | | | |
| Австрия | Плата за услуги | 5,1 ^a | Нет | 20% населения платит 10 или 20% |
| Бельгия | Плата за услуги | 8,0 ^a | Нет | Работающие на себя платят полностью |
| Дания | 28% от подушевой оплаты (твердая ставка); 63% — плата за услуги; 9% — пособия | 4,4 ^b | Да | Нет |
| Франция | Плата за услуги; зарплата в медицинских центрах | 6,3 ^a | Нет | 25% включая дополнительные счета |
| Германия | Плата за услуги | 12,8 ^c | Нет | Нет |
| Ирландия | Плата за услуги в случае более высокого дохода; подушевая оплата (гонорар, дифференцированный по возрасту) в случае более низкого дохода | 6,6 ^d | Да | Нет, в случае более низкого дохода |

Таблица 14 (продолжение)

| | | | | |
|---|--|-------------------|-----|------------------------------------|
| Италия | Подушевая оплата (гонорар, дифференцированный по возрасту) | 11,0 ^d | Да | Нет |
| Люксембург | Плата за услуги | – | Нет | 5% |
| Нидерланды | Плата за услуги в случае более высокого дохода; подушевая оплата (гонорар, дифференцированный по возрасту) в случае более низкого дохода | 5,8 ^e | Да | Нет, в случае более низкого дохода |
| Швейцария | Плата за услуги | 11,0 ^e | Нет | 10% расходов |
| Соединенное Королевство | Подушевая оплата (гонорар, дифференцированный по возрасту); плата за услуги; пособия и целевые платежи | 5,8 ^c | Да | Нет |
| Врач является наемным работником | | | | |
| Финляндия | Зарплата | 3,3 ^b | Да | 0,17 долл. США |
| Греция | Зарплата | 5,3 ^f | Нет | Нет |
| Норвегия | 35% зарплата; 65% плата за услуги | – | Да | 30% расходов по отдельным статьям |
| Португалия | Зарплата | 3,1 ^a | Да | Нет |
| Испания | Зарплата; подушевая оплата (гонорар, дифференцированный по возрасту) | 6,2 ^g | Да | Нет |
| Швеция | Зарплата | 3,0 ^a | Нет | 6–9 долл. США |

^a 1993; ^b 1991; ^c 1992; ^d 1988; ^e 1994; ^f 1982; ^g 1989.

Источник: OECD (2); Abel-Smith (170).

независимыми подрядчиками и получают вознаграждение главным образом за конкретные услуги. Это резко отличается от подходов, применяемых в национальных системах здравоохранения, которые склонны непосредственно нанимать врачей ПМСП и платить им зарплату. Однако в последней группе имеется несколько стран, в том числе Дания, Италия и Соединенное Королевство, где врачи ПМСП работают на себя и получают плату, объем которой зависит от общего числа обслуживаемого населения, или при оплате их труда используется смешанная модель — зарплата, число обслуживаемого населения и оплата за конкретные услуги.

В то время как страны, где господствует система оплаты за конкретные услуги, никогда не смешивают платежи, страны, в которых система основана на численности обслуживаемого населения, либо объединяют их по признаку экономического положения пациента (Ирландия и Нидерланды), либо по признаку предоставленной услуги. Например, в Дании и Соединенном Королевстве врачи общей практики оплачиваются за определенные услуги на гонорарной основе. Функция координатора связана либо с системой подушевой оплаты, либо зарплатой, но никогда не с системой оплаты за конкретные услуги. Другое интересное наблюдение состоит в том, что страны, практикующие координацию либо подушевую оплату или зарплату, обычно не практикуют платежи наличными или, если и практикуют, речь идет о весьма небольших суммах. И напротив, страны, практикующие систему оплаты за конкретные услуги, вводят платежи наличными для сокращения возможного перепотребления медицинских услуг. Французский термин для соучастия в расходах — *ticket modérateur*, который означает оплату доли расходов самим больным, является хорошим примером практики принятия на себя ответственности, лежащей в основе системы платежей наличными. Следует, однако, отметить, что во Франции и других странах платежи наличными полностью возмещаются частными добровольными страховыми компаниями, что сводит на нет любое воздействие на объем перепотребления услуг. Более того, как это подробно обсуждается в разделе о соучастии в расходах в главе 3 (с. 107–133), это соучастие показало себя несовершенным регулятором спроса на услуги.

СТРАНЫ ЦВЕ И СНГ

В то время как недавняя реформа механизма оплаты услуг врачей привела лишь к незначительным изменениям в большинстве западноевропейских стран, реформы в странах ЦВЕ и СНГ вызвали более значительные структурные изменения. Как правило, в этих странах происходил переход от модели работающего за зарплату врача, нанятого государством, к договорным отношениям, при которых труд работающих на себя врачей оплачивается путем сочетания различных методов: зарплата, подушевой оплаты и платы за конкретные услуги.

Переход к системе социального страхования в странах ЦВЕ и СНГ непосредственно сказался и на методах оплаты труда врачей. Хотя вовсе необязательно наличие прямой связи между типом системы финансирования медицинской помощи и видом механизма оплаты врачей, страны склонны воспринимать реформу своих систем финансирования как возможность реформировать механизмы оплаты труда тех, кто предоставляет медицинские услуги, в целях повышения весьма низкого уровня вознаграждения, а также повышения эффективности использования ресурсов.

На начальном этапе реформы большинство стран по-прежнему прибегает к оплате в виде зарплаты, в то время как введение систем оплаты за конкретные услуги и/или подушевой оплаты до сих пор ограничены небольшими приватизированными секторами здравоохранения. По мере продвижения финансовой реформы элементы подушевой оплаты и/или платы за конкретные услуги постепенно включаются в механизмы оплаты. Например, Болгария, Литва, Польша и Румыния полагаются на бюджетное финансирование, но все эти четыре страны стоят на пути внедрения систем страхования. В этих странах врачи в системе здравоохранения по-прежнему получают зарплату, но все четыре страны планируют переход к новым формам оплаты. Например, в Румынии в рамках развивающейся системы семейных врачей вознаграждение труда врачей будет главным образом основываться на подушевых ставках с доплатой за некоторые медицинские услуги (хронические заболевания, вакцинация, поощрение и пропаганда здорового образа жизни). Реформа системы оплаты уже была проведена в некоторых округах в качестве эксперимента. Подобным образом Польша ввела ряд экспериментальных программ оплаты услуг семейных врачей с тем, чтобы дать оценку различным сочетаниям разных методов, включая сочетание зарплаты и платы за конкретные услуги, зарплаты и подушевой платы, а также фондодержания.

По-видимому, среди тех стран ЦВЕ, которые сделали полный или частичный переход к финансированию медицинского страхования, наблюдается две общие тенденции. Во-первых, имеются такие страны, как Хорватия, Эстония и Венгрия, которые главным образом полагаются на зарплату и подушевую оплату в отношении медико-санитарной помощи, оказываемой государственными медицинскими учреждениями или по договору, а также услуг врачей специалистов. Вторая группа стран, включающая Чешскую Республику, Словакию и Словению, полагается на метод платы за конкретные услуги (Чешская Республика) или на сочетание подушевой платы и оплаты за конкретные услуги (Словакия и Словения) в отношении работающих для себя врачей первичной медико-санитарной помощи и специалистов.

В Чешской Республике, которая приняла германскую систему баллов, (см. с. 199) врачи первичной медико-санитарной помощи и специалисты, работающие по договору, получают возмещение в соответствии с перечнем услуг, содержащим более 4 000 позиций. Каждая позиция имеет

установленную ценность в баллах, причем ценность некоторых услуг и процедур отличается в зависимости от специальности и страховщика. Эта система была введена в 1992 году еще до того, как была разработана адекватная информационная система для контроля за стоимостью услуг и еще до начала процесса проведения переговоров о ценах. Это привело к тому, что всего лишь за несколько месяцев после начала осуществления программы был утерян всякий контроль за расходами (174). В настоящее время Чешская Республика планирует заменить эту систему сочетанием подушевой оплаты и платы за конкретные услуги.

Ожидания врачей относительно планируемых доходов являются ключевой проблемой в странах ЦВЕ. В результате экономических преобразований существенно повысились зарплаты высококвалифицированных работников, за исключением медицинского сектора. Как это обсуждается в главе 1, экономический спад приводит к снижению затрат на здоровье в целом ряде стран, а также к эрозии реальной заработной платы медицинских работников. Среди прочих проблем низкие зарплаты препятствовали искоренению неофициальной, или «скрытой» системы оплаты. Такие формы платежей являются эквивалентом неофициальной системы оплаты за конкретные услуги и они были широко распространены в большинстве стран ЦВЕ и СНГ в советскую эпоху. Имеются лишь весьма ограниченные данные о масштабах такого явления, но, по-видимому, оно обеспечивает существенную долю доходов врачей как в случае амбулаторного, так и стационарного лечения. (Дополнительная информация приводится в разделе, посвященном разделению расходов в главе 3; см. с. 107–133). Неофициальные платежи отрицательно сказываются на равенстве и доступности медицинской помощи, поскольку пациенты, находящиеся в неблагоприятном социально-экономическом положении, не могут платить врачам первичной медико-санитарной помощи — координаторам — за предоставление доступа к медицинским учреждениям и услугам. В конечном счете перед руководством стран стоит важная задача, как в обстановке продолжающегося бюджетного кризиса обеспечить необходимые средства для оплаты труда врачей на том уровне, на который они рассчитывали.

Оценка действующих систем оплаты

Наилучшим образом оценить полезность систем оплаты врачей можно, разделив их на две группы: система оплаты на ретроспективной основе и система оплаты на перспективной основе. Действительно, лучше всего различие между подушевой системой оплаты и системой оплаты за конкретную услугу понимается со ссылкой на время; плата за ресурс (плата за услугу) — это ретроспективный вид оплаты, в то время как плата за ответственность (подушевая система) — это предполагаемая оплата за период, охватываемый соглашением. Системы, в основе которых

лежит зарплата, можно отнести к подушевой системе, поскольку общее вознаграждение известно заранее и некоторые из стимулов, оказывающих влияние на врачей, близки по своей сути.

СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ НА РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ОСНОВЕ

Сами поставщики услуг часто описывают преимущества оплаты за конкретные услуги с точки зрения возросшей свободы и большей преемственности в лечении. Это документально подтверждается рядом исследований. Например, Хиксон (267) сравнил свободно выбранных 18 педиатров, действующих либо в рамках системы оплаты за конкретную услугу, либо работающих за зарплату. Результаты показали, что первые имели на 22% посещений больше в расчете на каждого прикрепленного к ним пациента, нежели врачи, получающие зарплату. С точки зрения преемственности лечения пациенты, вероятнее всего, обращались бы к своим обычным врачам, если он или она получали бы плату за конкретные услуги.

Недостатки состоят в том, что оплата за конкретные услуги является открытой системой, которая дает поставщикам услуг возможность способствовать росту спроса, если они того пожелают. Ряд исследований документально показал различия в масштабах хирургического вмешательства в странах с различными системами оплаты, таких, как Канада и Соединенное Королевство. Более частое хирургическое вмешательство с точки зрения обычных операций в Канаде и Соединенных Штатах по сравнению с Соединенным Королевством вызвано не столько различием в распространенности заболеваний, сколько такими факторами, как отсутствие согласованности относительно показаний к хирургическому вмешательству, различия в использовании и наличии технологии и действие в Канаде и Соединенных Штатах системы оплаты за конкретную услугу (268, 269).

Ряд исследований был посвящен изучению последствий увеличения соотношения числа врачей к общей численности населения для уровня вознаграждения и нормы загрузки, но такие исследования вызывают целый ряд методологических проблем. Более поздние исследования, основанные на экспериментах, стремились обнаружить другие подтверждения возможностей полномочий врачей путем изучения воздействия институциональных сдерживающих факторов (таких, как системы вознаграждения) на уровень деятельности и комплекс предоставляемых услуг. Результаты четко свидетельствуют о том, что врачи могут компенсировать воздействие сокращения вознаграждения путем увеличения числа предоставляемых услуг и изменения их ассортимента и тем самым сохранить возможность получения своего запланированного дохода (270–274).

Поэтому в целом возможности врачей навязывать услуги — это не миф и не реальность. Их можно использовать лишь при наличии определенных условий, и они тесно связаны с методами вознаграждения, подготовкой врачей, системой возмещения расходов пациентов и с другими институциональными переменными. В частности, их значение может

возрастать в тех случаях, когда нет большой ясности относительно эффективности медицинской помощи.

Двумя другими проблемами, связанными с системой оплаты за каждую конкретную услугу, являются «махинации с гонорарами» и «подмена врачебного вмешательства». Под махинациями с гонорарами имеют в виду усилия врачей по манипулированию прейскурантом в целях максимального увеличения своего дохода. Учитывая недостаточную информированность страховщиков, процесс переговоров скорее всего приведет к выгодному врачам вознаграждению, при этом некоторые процедуры становятся более доходными, чем другие. Сравнение, например, распространенности обычного родовспоможения и кесарева сечения показывает, что более высокая плата за применение кесарева сечения может быть важным фактором при выборе способа родовспоможения (275). Подмена врачебного вмешательства — это тот факт, что в рамках систем оплаты за конкретную услугу врачи не стремятся отослать пациента к другим поставщикам медицинских услуг (в частности к медсестрам), что они с готовностью сделали бы, если бы получали зарплату или получали подушевую плату.

СИСТЕМА ОПЛАТЫ НА ПЕРСПЕКТИВНОЙ ОСНОВЕ

Системы оплаты на перспективной основе стремятся стимулировать врачей к тому, чтобы они контролировали расходы и внедряли более экономичный и рациональный стиль врачебной практики. Подушевая плата нарушает связь между числом предоставленных услуг и финансовым вознаграждением и поэтому приводит к минимальному искажению чисто профессиональной медицинской оценки (276). Проведенные в Соединенных Штатах исследования, которые последовательно указывали на более низкие затраты в расчете на пациента среди получателей предоплаченной помощи, нежели среди сравнимых пациентов, действующих в рамках систем медицинской помощи оплаты за конкретные услуги (277), были подтверждены более поздними выводами, сделанными в результате проведения исследования о результативности медицинской помощи (278). Более того, эти системы стимулируют врачей к применению профилактических мер и могут привести к лучшему географическому распределению специалистов.

И напротив, система оплаты на перспективной основе может подталкивать врачей к сокращению объема услуг, за которые они получают определенную плату, либо путем сокращения времени, отводимого на консультации, либо путем чрезмерного выписывания различных лекарств, либо слишком частным направлением в больницы. Система оплаты на перспективной основе также может привести к снижению заинтересованности (279) и к менее внимательному отношению врачей к пациентам. Кроме того, такая система может стимулировать медиков к отказу от наиболее больных пациентов, которые могут быть для них невыгодными (280).

Переход к системам оплаты за результат деятельности

Вышеприведенный обзор относительных достоинств перспективной системы оплаты по сравнению с ретроспективной свидетельствует о том, что ни та, ни другая не является идеальной, хотя условия работы врачей могут усугубить неблагоприятные последствия каждой из них. Если следовать логике, то эту проблему можно решить путем совместного использования перспективной и ретроспективной систем оплаты, сочетающих в себе стимулы в отношении эффективности и контроль за расходами.

В целом под воздействием проблем сдерживания расходов в рамках систем оплаты предоставленных услуг и слабой мотивации персонала в рамках систем, основанных на выплате окладов, в европейских странах возникла тенденция принятия смешанных систем оплаты, сочетающих более высокий уровень продуктивности с большей озабоченностью по поводу удовлетворения потребностей пациентов и надлежащего контроля за расходами (2). Как представляется, анализ различных реформ систем оплаты применительно к врачам указывает на один общий диагноз: необходимость ослабить порочные стимулы, характерные для двух основных видов вознаграждения (перспективного и ретроспективного). Эта общая дилемма вполне заслуженно получила название «проблемы трансформации»: «какими должны быть социальные условия в сфере здравоохранения для того, чтобы профессиональное поведение врачей на микроуровне обеспечивало контроль за расходами на макроуровне?» (281).

Существуют, однако, различия в исходной ситуации. Страны с открытыми системами, предусматривающими оплату предоставленных услуг, вынуждены в своих реформах отдавать приоритет задачам обеспечения эффективности на макроуровне. Но вместо того чтобы продвигаться в направлении совместного использования перспективной и ретроспективной систем оплаты на уровне врачей с целью объединения задач обеспечения эффективности как на макро-, так и на микроуровне, они вынуждены сдерживать расходы или устанавливать цели, с тем чтобы эффективность на макроуровне обеспечивалась на коллективном уровне. Такое положение дел определяется исходной ситуацией: система оплаты предоставленных услуг редко обеспечивает регулирующим органам достаточную свободу действий в отношении внедрения такой смешанной системы оплаты. Единственное, что можно обсудить, это ограничение общих расходов врачей. Напротив, страны, в которых уже действуют закрытые системы, базирующиеся либо на окладе, либо на подушевой оплате, решают проблемы обеспечения эффективности на микроуровне путем перехода к смешанным системам оплаты.

Следовательно, то, что представляется шагом в противоположном направлении, на практике, при всем различии исходных ситуаций, продиктовано тем же стремлением сочетать цели обеспечения эффективности как на микро-, так и на макроуровне. В определенной степени можно

также сказать, что возможен только один выход: использовать приспособленные к конкретным требованиям стимулы, тесно связанные с эффективностью. Однако в первом случае связь между эффективностью и стимулами является негативной, т.е. увеличение объема сопровождается пересмотром размеров вознаграждения в сторону понижения. Во втором случае связь между эффективностью и стимулами является позитивной.

Для того чтобы обеспечить сочетание целей, касающихся макро- и микроуровней, страны, в которых действуют системы оплаты фактически предоставленных услуг, приняли ряд мер, включая регулирование цен, контроль за качеством и сочетанием услуг, или ограничение общего объема расходов. Франция и Германия служат примером того, как могут использоваться эти регулирующие механизмы для изменения поведения врачей. К их числу относятся корректировка шкалы оплаты, например, путем изменения относительной стоимости некоторых диагностических услуг; внедрение практики клинической записи хода лечения пациента по типу ведения «истории болезни» во Франции (см. глава 3, с. 107); и изменение санкционирующего поведения, например, путем наложения штрафа за чрезмерное использование определенных процедур или возложения на врачей ответственности за исполнение бюджета использования лекарственных препаратов. Кроме того, эффективными с точки зрения контроля за накладными расходами являются такие меры, как ограничение размеров бюджета и установление целевых уровней.

Начиная с 1991 года французское правительство пытается перейти от открытой системы возмещения расходов врачей к перспективной системе оплаты (282). Начав с ограничения расходов, реформа медленно идет в направлении определения целей расходов.

Из числа европейских стран, которые недавно ввели контроль за расходами в дополнение к контролю за ценами, введенному в 80-е годы, Германия разработала наиболее разумный подход. Врачи получают гонорары за свои услуги в соответствии с системой согласованных гонораров и в рамках ограничений общего бюджета для всех врачей данного региона. Система гонораров предусматривает тариф, устанавливаемый в «пунктах» и состоящий из 250 наименований, определяемых на федеральном уровне, а также стоимость каждого пункта на региональном уровне. В случае превышения регионального бюджета в ретроспективном порядке снижается стоимость каждого пункта.

В рамках систем, использующих принцип оплаты предоставленных услуг, цели макроуровня могут быть достигнуты только в случае использования негативных стимулов, таких как ограничение расходов. В большинстве случаев это будет подразумевать ограничение расходов конкретных коллективов, что иногда может быть несправедливым и неэффективным. Можно даже провести параллель с опытом составления глобальных бюджетов больниц: ограничение расходов гарантирует их сдерживание, но при этом мы мало знаем о последствиях такого регули-

рования с точки зрения качества и справедливости применительно к микроуровню.

В своем стремлении обеспечить эффективность на микроуровне страны, в которых действуют перспективные системы оплаты, включают позитивные, *ex ante* стимулы в форме прямого финансового вознаграждения. Эти стимулы, как правило, используются наряду с существующими системами оплаты (подушевая оплата или оклад) с целью поддержки того или иного направления действий. Оплата ВОП в Соединенном Королевстве служит хорошим примером использования смешанной системы, которая определяет поведение врачей. Введение корректировок на подушевую оплату в сторону ее повышения с целью принятия мер в связи с ухудшением социально-экономического положения населения и целевых выплат, направленных на достижение определенного уровня охвата профилактическими мерами, представляется эффективным.

Однако в целом трудно предугадать результаты действия экономических стимулов. Внедрение финансовых стимулов может привести, а может и не привести к ожидаемым результатам — все зависит от исходной ситуации с точки зрения систем оплаты, предпочтений врачей и масштабов изменений. Например, исследование по вопросу о последствиях изменения размеров гонораров, выплачиваемых ВОП за услуги, связанные с беременностью и родами, а также цервикальной цитологией, за более чем 22 года не выявило влияния ежегодных изменений реальных размеров гонораров на качество предоставляемых услуг (283).

Ряд скандинавских стран также попытались внедрить смешанные системы оплаты. В некоторых округах Швеции действуют механизмы, сочетающие подушевую оплату и оклады; персональные врачи в Финляндии получают 60% оклада, 20% подушевой оплаты, 15% гонораров и 5% надбавок; а в Норвегии семейные врачи получают 50% подушевой оплаты, 30% гонораров и 20% от совместных платежей пациентов. Хотя в нескольких странах была проведена оценка ряда экспериментов с системами смешанной оплаты, в частности в учреждениях Соединенных Штатов, занимающихся попечением в условиях стационара (284–286), последствия применения таких систем еще недостаточно документированы.

Для систем, основу которых составляет подушевая оплата или оклад, смешанные системы оплаты представляют собой разумное решение, но баланса здесь добиться трудно. Явно отсутствует консенсус относительно *идеального* сочетания: вполне может оказаться так, что система оплаты предоставленных услуг должна охватывать лишь небольшой объем всей деятельности. Действительно, как отмечал Robinson (284),

«любой шаг в сторону перспективного возмещения поощряет стремление самостоятельно устанавливать цены, не обеспечивая надлежащего уровня лечения, и принимать необдуманные решения. Любой такой же шаг назад, к ретроспективной системе оплаты, возрождает традиционное стремление к непродуманному с точки зрения затрат поведению. Механизмы смешанной оплаты заслуживают

того, чтобы их рекомендовать ... однако опыт последних лет свидетельствует о том, что данная проблема относится к числу тех, которые нельзя решить, используя только механизмы оплаты».

Неценовые стимулы, такие как механизмы анализа объема потребления медицинских услуг и селективных договорных отношений представляют собой дополнительные подходы, которые требуют дальнейшего изучения.

ВЫВОД

Ни одна система оплаты не может отвечать всем желательным программным целям. Исследования в целом свидетельствуют о том, что смешанные системы оплаты (со значительным компонентом перспективной оплаты) в большей степени подходят для сочетания целей, касающихся макро- и микроуровня. Тем не менее, реформируя систему оплаты, необходимо учитывать ряд вопросов.

Смешанная система оплаты позволяет добиться более значительных целей, однако и здесь необходимо добиваться компромисса, о чем следует сказать прямо. Наиболее трудный компромисс связан с двойственным характером взаимосвязи, т.е. имеет место конфликт между индивидуальными и коллективными предпочтениями. В зависимости от значения, придаваемого различным целям и стимулам, врачи будут более высоко оценивать либо предпочтения пациентов, либо интересы плательщиков, представляющих третью сторону. Самый легкий компромисс, о котором необходимо сказать прямо, — это компромисс между понятиями справедливости и свободы выбора. В таких странах, как Франция, пациенты не склонны отказываться от свободы консультироваться со специалистами непосредственно. Однако косвенно это влечет за собой необходимость сохранения соучастия в расходах. Их регрессивный характер (см. главу 3) является одним из средств уменьшения перепотребления услуг в силу действий как врача, так и пациента. По-видимому, необходимо также добиться компромисса между простотой и смешанным характером системы оплаты услуг, приспособленных к конкретным потребностям: расширение свободы путем использования смешанных систем оплаты может быть сведено на нет сложностью выполнения.

Для стимулов характерен ряд особенностей, которые во многих отношениях делают их благом для директивных органов (287). Во-первых, те, для кого предназначены эти стимулы, могут манипулировать ими, стремясь либо получить вознаграждение, либо избежать наказания без необходимости придерживаться желательных норм поведения. Во-вторых, стимулы не согласуются друг с другом, что затрудняет выработку поведенческих норм в отношении различных секторов. В-третьих, стимулы нередко приводят к неожиданным последствиям или могут иметь результаты, прямо противоположные ожидаемым. Наконец, использование сти-

мулов может оказаться дорогостоящим мероприятием, поскольку требуется некая форма контроля.

Чтобы пользоваться доверием, программные решения, касающиеся оплаты врачей, должны учитывать тот факт, что всех целей добиться нельзя и что одни цели — и, разумеется, предпочтения некоторых групп — будут доминировать над другими. После этого важно найти политически законный путь сделать такие решения понятными. Важно также признать тот факт, что выбор той или иной системы оплаты сказывается на последующих решениях. Например, принятие гонорарной системы оплаты услуг будет определять особенности будущей системы: для сдерживания расходов может потребоваться некая форма ограничения расходов или цель, и могут оказаться неизбежными личные выплаты пациентов. Кроме того, одни решения пересмотреть труднее, чем другие; трудно, например, перейти от систем оплаты предоставленных услуг к смешанным системам оплаты. Наконец, требуются государственные решения в порядке признания того, что исторические и культурные факторы зачастую являются самыми мощными детерминантами поведения и должны учитываться.

В странах, где механизм контроля отсутствует, службы ПМСП могут непосредственно конкурировать с некоторыми специализированными службами (особенно службами охраны материнства и педиатрическими службами), как если бы те не дополняли, а подменяли ПМСП. Совершенно очевидно, что при проведении любой реформы системы оплаты необходимо учитывать возможные изменения в отношениях с другими производителями медицинских услуг. В ходе таких реформ необходимо будет также учитывать особенности спроса. Например, трудно внедрить практику ограничения расходов в условиях отсутствия соответствующего регулирования спроса в странах, подобных Франции, где, как представляется, некоторые группы пациентов имеют сильное искушение перепотреблять медицинские услуги.

Наконец, следует подчеркнуть, что системы оплаты представляют собой лишь одну из многих детерминант, затрагивающих поведение врачей. Важными дополнительными факторами являются нормы медицинской этики, доступ к продолжению образования, особенности престижа профессии и стандартов, взаимный контроль на местном уровне, выборочное заключение контрактов и ожидания врачей. Что касается последнего фактора, то если врачи получают меньше, чем, по их мнению, они заслуживают по сравнению с представителями аналогичных профессий, они скорее пойдут на это с целью увеличения доходов (171). Однако в конечном итоге идеальной системы оплаты не существует: «Для любой системы оплаты самыми важными элементами являются этика и социальные обязательства врача. В отсутствие надлежащих требований в этом отношении ни одна финансовая структура не может заставить врачей быть теми, кем они не являются» (171).

ОПЛАТА БОЛЬНИЧНЫХ УСЛУГ

В большинстве развитых стран на долю соматических больниц приходится основной объем медицинских расходов. Если нехватка ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения, связанная с экономическими трудностями, служит важным стимулом для реформирования этой системы во многих странах, то к числу дополнительных факторов, усугубляющих эти проблемы, относятся совершенствование технологий и услуг, а также растущие ожидания пациентов. В связи с этим был разработан ряд стратегий реформы больничной системы, которые рассматриваются в главе 6. Настоящий раздел посвящен механизмам оплаты больничных услуг в Европейском регионе.

Некоторые ключевые моменты, касающиеся оплаты отдельных специалистов, относятся и к больницам. Подобно врачам производители больничных услуг могут оплачиваться либо на ретроспективной основе (им компенсируется объем фактически предоставленных услуг в соответствии с прейскурантом услуг (оплата предоставленных услуг), количеством пациенто-дней (посуточные ставки) или излеченных случаев (оплата структуры случаев), либо в перспективном порядке за счет средств глобального бюджета, предоставляемого больнице на определенный период времени. Этот бюджет может исчисляться с учетом фактических издержек обслуживающей структуры, исторически сложившихся методов распределения расходов, наличия коек, численности охватываемого населения или объема подлежащих предоставлению услуг (определяемого с учетом количества койко-дней либо количества пролеченных случаев и их сочетания).

Основные источники финансирования и подходы к оплате стационарных больничных услуг по оказанию неотложной медицинской помощи применительно к 16 европейским странам сведены в таблицу 15. Как явствует из этой таблицы, при всем разнообразии национальных систем оплаты больничных услуг их можно разбить на две широкие категории: перспективное финансирование и оплата предоставленных услуг. В рамках каждой из этих категорий проводится дальнейшая дифференциация, поскольку страны могут проводить корректировки конкретных систем в рамках любой из этих широких категорий. В настоящем разделе рассматриваются различные виды применения метода предварительного финансирования и оплаты предоставленных услуг путем анализа систем, которыми пользуются страны Европейского региона.

Перспективная оплата

Хотя перспективная оплата необязательно осуществляется одинаково во всех странах, для этого подхода характерно наличие ряда общих особенностей: уровень оплаты предоставляемых услуг определяется заранее; связанные с оплатой обязательства ограничиваются заранее определяе-

мым периодом; устанавливаемые для производителей услуг ограничения с точки зрения сроков и объема оплаты оговариваются заранее.

Как явствует из таблицы 15, перспективная оплата не связана с каким-либо конкретным источником финансирования. Системы здравоохранения в Дании и Норвегии финансируются в рамках децентрализованных бюджетных систем, в Ирландии, Италии и Польше они финансируются в рамках централизованных бюджетных систем, а в Германии, Нидерландах и Франции действует система социального страхования. Один из факторов, характерных для этих стран, заключается в том, применяется ли в рамках перспективного финансирования какая-либо корректировка больничной деятельности.

ТРАДИЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ

Среди стран, перечисленных в таблице 15, две — Дания и Польша — придерживаются более традиционного подхода к перспективному финансированию. Перспективные глобальные бюджеты датских больниц определяются главным образом на исторической основе, предусматривающей корректировки на повышение окладов и цен, качество услуг и плановое повышение эффективности. По мнению некоторых аналитиков, использование советами общин глобальных бюджетов объясняет достижения датского больничного сектора в контроле за расходами (288). Однако при попытке решить проблему длинных очередей на отдельные виды услуг было сочтено необходимым повысить гибкость более традиционного подхода. Введение в 1994 году системы «свободного выбора больниц» с целью уменьшения очередей на отдельные виды хирургического вмешательства заставило больницы более чутко реагировать на нужды пациентов. Кроме того, благодаря этой системе возникла определенная конкуренция между больницами в связи с возможностью получения дополнительных средств на предоставление услуг, необходимых для уменьшения очереди на госпитализацию (288). В том случае, когда пациенты проходят курс лечения за пределами своего амта, основные вопросы оплаты согласуются с участием двух советов соответствующих амтов, и оплата, как правило, производится по принципу оплаты предоставленной услуги или на основе суточной ставки.

Хотя больничные услуги в Польше по-прежнему финансируются за счет налоговых поступлений, авторы программного документа 1994 года «Стратегия в области здравоохранения» (289) высказываются в поддержку введения смешанной системы оплаты медицинских услуг за счет отчислений от страхования и из средств бюджета. На уровне воеводств ежегодный бюджет предусматривает расходы в денежной и иной форме, а ресурсы распределяются на исторически сложившейся основе. Хотя каждому воеводству выделяется фиксированный объем средств, его органы власти могут распоряжаться этими средствами по своему усмотрению.

Т а б л и ц а 15. Основные подходы к финансированию и оплате текущих расходов соматических больниц в отдельных странах Европейского региона

| Страна | Подход к оплате текущих расходов | |
|-----------|---|---|
| | Источник финансирования | Перспективное финансирование |
| Австрия | Финансирование за счет системы социального страхования | Финансирование на основе предоставленных услуг |
| Дания | Децентрализованное финансирование за счет налоговых поступлений | Перспективное финансирование за счет средств глобального бюджета |
| Финляндия | Децентрализованное финансирование за счет налоговых поступлений | Компенсация расходов муниципалитетами исходя из предоставленных услуг |
| Франция | Финансирование за счет средств социального страхования | Перспективное финансирование за счет средств глобального бюджета |
| Германия | Финансирование за счет средств социального страхования | Перспективное «гибкое» финансирование за счет средств бюджета |

Т а б л и ц а 15 (продолжение)

| | | |
|------------|---|---|
| Венгрия | Финансирование за счет средств социального страхования | Система оплаты с учетом эффективности услуг в разбивке по группам заболеваний |
| Ирландия | Централизованное финансирование за счет налоговых поступлений | Перспективное финансирование за счет средств глобального бюджета |
| Италия | Централизованное финансирование за счет налоговых поступлений | Перспективное финансирование за счет средств глобального бюджета с включением тарифов в разбивке по группам заболеваний |
| Латвия | Налогообложение | Суточная оплата и оплата предоставленных услуг |
| Нидерланды | Финансирование за счет средств социального страхования | Перспективное «функциональное» финансирование, частично базирующееся на виде деятельности |
| Норвегия | Децентрализованное финансирование за счет налоговых поступлений | Перспективное финансирование из средств глобального бюджета |
| Польша | Налогообложение | Финансирование за счет глобального годового бюджета |

Т а б л и ц а 15 (продолжение)

| | | | |
|----------------------------------|---|--|--|
| Словакия | Национальное медицинское страхование | Посуточная оплата койко-дня | Оплата конкретных видов деятельности, размер которой определяется контрактами между покупателем и производителем услуг |
| Словения | Обязательное медицинское страхование | Ежегодное перспективное финансирование на основе контрактов, предусматривающих оплату койко-дня и финансирование предоставленных услуг | |
| Швеция | Децентрализованное финансирование за счет налоговых поступлений | Перспективное финансирование за счет бюджетов ведомств в сочетании с оплатой конкретных видов деятельности | |
| Соединенное Королевство (Англия) | Централизованное финансирование за счет налоговых поступлений | | |

нию. Изменения в численности персонала и в традиционном подходе носят ограниченный характер, однако предпринимаются определенные попытки в порядке эксперимента использовать различные методы распределения средств с целью повышения эффективности и направления ресурсов туда, где они больше всего нужны. Одно из воеводств, в котором на экспериментальной основе использовались альтернативные модели распределения ресурсов, в 1994–1995 годах выделило больницам ресурсы, исходя из количества пациентов и стоимости конкретных услуг. В этом воеводстве рассматривается предложение о том, чтобы сделать орган, ответственный за предоставление услуг, бюджетодержателем, способным покупать имеющиеся больничные услуги по наилучшей цене.

Опыт Дании и Польши, использующих традиционные подходы к перспективному финансированию, свидетельствует о том, что, хотя этот метод вполне подходит для достижения целей распределения ресурсов и сдерживания расходов, возможно, для достижения более широких целей требуется большая гибкость. В частности, трудно определить эффективность системы, основанной на исторически сложившейся системе распределения расходов. Потенциал этой системы с точки зрения предложения необходимых стимулов с целью способствовать преобразованиям, например уменьшению очередей на госпитализацию, был оценен как ограниченный. Хотя некоторые регионы Дании и Польши продолжают поддерживать традиционный подход к перспективному финансированию больничных услуг, они признают необходимость интеграции в более гибкую модель оплаты в интересах достижения более широких целей их политики в области здравоохранения.

ПЕРСПЕКТИВНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ С УЧЕТОМ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Традиционно в условиях действия систем социального страхования по контрактам больницам возмещались их расходы по суточной ставке, которая охватывала все текущие расходы, а в ряде случаев не включала выплат врачам. В рамках комплексных систем (финансирование национальных служб бюджетного здравоохранения) для больниц устанавливался ежегодный бюджет с целью покрытия их текущих расходов — зачастую традиционно на взвешенной основе. Ни одна из этих систем не поощряла действенного поведения производителей услуг. Открытые системы возмещения, основу которых составляло количество койко-дней, подталкивали производителей больничных услуг к увеличению продолжительности госпитализации с целью получения максимальных доходов. Аналогичным образом исторически сложившиеся процедуры составления бюджетов без учета видов деятельности или мер по обеспечению эффективности не предусматривают каких-либо стимулов по увеличению пропускной способности больниц или сокращению продолжительности госпитализации: чем выше оборот, тем выше риск перерасхода.

В 80–90-е годы несколько стран Западной Европы, использующих контрактную основу, такие как Франция и Германия, перешли на систему перспективного финансирования из средств глобального бюджета, которая предусматривает определенные критерии эффективности работы больниц, такие как койко-дни или пролеченные случаи. Это оказало существенное воздействие на сдерживание расходов.

Франция и Германия придерживаются иного подхода к внедрению системы перспективного финансирования с учетом видов деятельности. Поскольку в обеих странах действуют системы социального страхования, корректировки типового бюджета должны облегчить их применение в самых различных институциональных условиях. Тот потенциал с точки зрения большей автономии на институциональном уровне, которым, возможно, обладают эти системы, может в свою очередь способствовать большему обновлению подходов к вопросам размещения ресурсов на этом уровне.

Во Франции с 1984–1985 годов услуги государственных и некоммерческих частных больниц, действующих в рамках государственного сектора, оплачиваются за счет перспективных глобальных бюджетов. Согласно этой системе, больницы получают ежегодно глобальные ассигнования с учетом доли расходов, покрываемых фондами медицинского страхования. Бюджеты, основу которых составляют исторически сложившиеся уровни расходов, призваны покрывать текущие расходы больниц. Поскольку больницы занимаются лечением пациентов, расходы которых покрывают различные страховщики, доля бюджета, требуемая от каждого страховщика, определяется количеством койко-дней, используемых в районе, который обслуживает данный страховщик (188). Процесс определения объема глобального бюджета предусматривает длительные переговоры между больницей, надзорными органами и фондами медицинского страхования. Поскольку эти переговоры являются частью ежегодного процесса, может применяться средний взвешенный показатель (*taux moyen d'évolution*), устанавливаемый в централизованном порядке министерствами, занимающимися вопросами экономики, бюджета и здравоохранения. Около 90% расходов государственных больниц покрывается за счет ассигнований глобального бюджета, а остальная — за счет выплат самих пациентов.

Признание необходимости обеспечения большей интеграции и солидарности между различными составляющими больничного сектора, а также необходимости совершенствования подхода к оплате услуг послужило главной отправной точкой для принятия в 1991 году законодательства о реформе больничного сектора. После вступления в силу этого законодательства процесс составления бюджета детально рассматривается с целью повышения его темпов, гибкости и эффективности. Кроме того, оно содержит положение, делающее возможным пересмотр глобального бюджета в течение финансового года, с тем чтобы учесть изменения в объеме, которые оцениваются на основе принятых критериев медицинской деятельности (290). В рамках этой реформы в ряде больниц проводятся

также эксперименты на предмет опробования системы оплаты, основанной на выплатах пациентов по типу существующих во Франции групп пациентов в разбивке по заболеваниям, известных здесь как однородные группы пациентов (*groupes homogines de malades*). Как ожидается, в рамках продолжающегося процесса реформы больничного сектора Франция по-прежнему будет добиваться повышения эффективности и результативности наряду с применением стандартизованного критерия определения рабочей нагрузки для целей составления бюджета.

В Германии в 1985 году была введена система «гибкого» перспективного финансирования, которая предусматривает полное покрытие расходов только тех больниц, которые, согласно оценкам, работают эффективно. В обсуждении вопросов финансирования участвуют конкретная больница, региональная ассоциация действующих на основании закона фондов медицинского страхования и организации частных медицинских страховщиков (291). Эти переговоры касаются услуг, которые данная больница намерена предоставлять, и связанных с ними затрат. Согласование ожидаемой суточной ставки и бюджета больницы происходит одновременно. В соответствии с системой гибкого финансирования в том случае, если больница использует меньшее чем ожидалось число пациенто-дней, в ходе следующего раунда переговоров по вопросам финансирования она тем не менее получает 75% суточной ставки за неиспользованные дни. Больницы, которые реализуют большее число пациенто-дней по сравнению с запланированным уровнем, могут получить в порядке возмещения 75% от превышения суточных ставок.

Законодательство 1993 года, касающееся сектора здравоохранения²¹, заложило основы политики, направленной на получение доходов от увеличения бюджетов отдельных больниц в период 1993–1995 годов. Увеличение бюджета, за отправную точку которого был взят бюджет 1992 года, ограничивалось ростом доходов фондов медицинского страхования. После 1996 года был восстановлен механизм составления гибкого бюджета, действовавший с 1985 года (291). Хотя перспективные бюджеты по-прежнему будут охватывать основную часть больничных услуг, законодательством предусмотрено повышение роли других компонентов выплат, включая специальные суточные ставки для отделений больниц, специальную стоимость дорогостоящих услуг и единовременные выплаты с учетом конкретных случаев.

Законодательство 1993 года стало первой серьезной реформой, вышедшей за рамки вопросов финансирования здравоохранения, предусматривая пересмотр основной структуры системы здравоохранения, хотя такие проблемы, как неопределенность суточной ставки как единицы оплаты, сохраняются. Законодательство, касающееся сектора здравоохранения,

²¹В Германии с середины 70-х годов сдерживание расходов было одним из важных политических вопросов. За период до 1989 года около 60 мер, направленных на сдерживание расходов, было предусмотрено в восьми законах (257).

рассматривается как важный шаг на пути к более глубокой реформе, учитывая необходимость укрепления процесса составления бюджета, обеспечения его увязки с ростом доходов и расширения финансовых механизмов, связанных с обеспечением эффективности (291).

Продолжая реформу своих соответствующих систем здравоохранения, и Германия, и Франция решили сохранить систему перспективных бюджетов для оплаты услуг по оказанию неотложной медицинской помощи в условиях стационара. Несмотря на различия в используемых типах бюджетов, делаются определенные поправки на вид деятельности. Обе страны признают необходимость совершенствования нынешних подходов к вопросам оплаты с целью повышения значения стимулов, связанных с обеспечением гибкости, эффективности и действенности в рамках своих систем оказания больничных услуг.

СИСТЕМА ПЕРСПЕКТИВНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ С УЧЕТОМ СЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ ЛЕЧЕНИЯ

Различия в видах больничной деятельности можно учесть путем включения в модель перспективного финансирования некой поправки на сложные случаи лечения. Таблица 15 свидетельствует о том, что применительно к больничным структурам в Ирландии, Италии и Норвегии финансирование осуществляется на основе такого подхода. Рассматривая их конкретные стратегии, небезынтересно отметить, что, избрав аналогичный критерий, основу которого составляют конкретные случаи лечения, для его реализации страны используют различные подходы.

С 1993 года в Ирландии действует система составления глобального бюджета, предусматривающая учет сложных случаев лечения, для ассигнования средств региональным советам по вопросам здравоохранения и крупным больницам, отвечающим за предоставление неотложной медицинской помощи в условиях стационара. По этой модели больницы классифицируются в зависимости от наличия у них учебного компонента, а сравнительные расходы в разбивке по конкретным группам пациентов определяются с учетом группировки пациентов по заболеваниям (292). В этом контексте имеется в виду, что сравнительные расходы указывают на сравнительную эффективность. Согласованная часть бюджета больницы определяется с учетом поправки на конкретные группы, которая может быть негативной или позитивной в зависимости от эффективности работы той или иной больницы по сравнению с другими, входящими в справочную группу. Любые дополнительные средства, полученные благодаря этому, больница может распределять по своему усмотрению.

Подход Ирландии отличается от подхода, предложенного для Италии, где реформы 1995 года предусматривают перевод системы оплаты больничных услуг на тарифную основу (293). Тарифы больничных услуг, определяемые с учетом группировки пациентов по заболеваниям, устанавливаются на перспективной основе в рамках заранее определенных бюд-

жетных ограничений, однако некоторые аспекты, касающиеся методов использования этой тарифной системы, решают сами регионы. Это может означать, что регионы правомочны выбирать различные системы — от системы оплаты предоставленных услуг до системы, в рамках которой тарифы используются только для обеспечения компенсации в связи с перемещением через границу. Задача заключается в том, чтобы больницы финансировались на основе объема и качества реально предоставленных услуг. В качестве дополнительного стимула для повышения эффективности было предложено, чтобы местные подразделения оставляли у себя любые бюджетные излишки, которые в дальнейшем распределялись бы с учетом целей, согласованных с регионом.

До принятия в 1980 году глобального подхода к составлению бюджета, основанного на численности населения, оплата больничных услуг в Норвегии исторически базировалась на системе фиксированных субсидий. Важным толчком к проведению реформ в 90-е годы послужила обеспокоенность по поводу очередей на госпитализацию и эффективности больничного обслуживания. При определении организационных мер, связанных с решением этих проблем, стало ясно, что требуется более гибкая система, основанная на использовании стимулов. В ходе реализации разработанной в 1991 году и расширенной в 1993 году экспериментальной схемы оплаты больничных услуг был опробован подход, сочетавший фиксированные субсидии и схему оплаты в разбивке по группам заболеваний. Важным результатом функционирования этой схемы стало улучшение положения с точки зрения наличия и качества данных о больничных расходах и результатах лечения, поскольку они связаны с оплатой услуг (294).

Несмотря на проводимый Норвегией эксперимент по использованию комплексного подхода к оплате больничных услуг, отсутствие контроля за больничными расходами по-прежнему является проблемой. Некоторые страны до сих пор не разработали никакой общей программы мониторинга или контроля, призванной обеспечить соблюдение предельных уровней расходов. Однако во многих районах дефицит больничных средств все чаще покрывается за счет бюджета следующего года. Хотя в краткосрочной перспективе такие меры могут быть эффективными, поскольку облегчают контроль за расходами, по всей видимости, потребуются основательная реформа системы оплаты больничных услуг, прежде чем начнут действовать необходимые стимулы, направленные на повышение эффективности.

Отдавая предпочтение комплексному подходу к финансированию больничных услуг, Ирландия, Италия и Норвегия взяли за основу систему разбивки по группам заболеваний. Поскольку в начале 90-х годов эти страны приступили к пересмотру своего подхода к оплате больничных услуг, вопросы эффективности и продуктивности оказали существенное влияние на методы проведения этого пересмотра. При выборе модели оплаты было признано, что наилучшим образом эффективность можно оценить в том случае, если распределение ресурсов напрямую связано с

производством услуг. Правильное применение комплексного критерия может облегчить оценку эффективности и одновременно стать источником позитивных стимулов для функционирования таких услуг.

Оплата фактически предоставленных услуг

Использование такого общего термина, как «оплата фактически предоставленных услуг», не должно заслонять того факта, что среди стран, входящих в эту общую категорию, существуют значительные различия в подходах к оплате больничных услуг. Эти различия затрудняют поиск общего в принятых подходах.

Базовый подход предусматривает оплату предоставленных услуг с учетом их объема, с тем чтобы не устанавливать общего уровня инвестиций и охватываемого периода. Возможность увязки ресурсов с конкретными услугами может укрепить потенциал с точки зрения определения и повышения технической эффективности. Например, в случае установления цен на отдельные виды услуг этот механизм может использоваться для создания стимулов к оказанию конкретных видов услуг, например медицинского обследования населения или использования альтернативных медицинских учреждений. С другой стороны, открытый характер этих систем может негативно сказаться на сдерживании расходов.

Однако среди стран этой категории существует большое разнообразие подходов к вопросам оплаты фактически предоставленных услуг. Например, некоторые страны считают более широкое использование контрактов одним из средств решения проблем, возникающих в силу открытости систем. Поскольку контракты могут предусматривать объем и вид и/или стоимость требуемой услуги и/или охватываемый период, могут возникать определенные проблемы, связанные с инвестированием. Однако системы, основанные на контрактах, предъявляют большие требования к информационным системам и, следовательно, требуют также значительных административных ресурсов для осуществления деятельности по разработке, реализации, управлению и мониторингу. Поэтому системы заключения контрактов весьма отличаются от систем составления бюджета; контракты, как правило, связаны с конкретным учреждением и являются итогом переговоров между покупателями и производителями услуг. Вопросы заключения контрактов всестороннее обсуждаются в настоящей главе выше. Принятые рядом стран конкретные подходы, основанные на оплате фактически предоставленных услуг, суммируются в таблице 15 и кратко рассматриваются в настоящей главе.

В Австрии оплата больничных услуг зависит от продолжительности госпитализации. Кроме того, Министерство здравоохранения предоставляет больницам единовременную субсидию, размеры которой определяются в зависимости от числа коек, выполняемых больницами особых функций и испытываемого ими дефицита. Хотя теоретически любой де-

фицит, связанный с покрытием эксплуатационных расходов, должны ликвидировать сами больницы, на практике «сама больница не несет никаких потерь и в отношении нее не принимается никаких санкций» (295). Повышению стоимости больничного обслуживания в Австрии, по видимому, не следует удивляться, учитывая порочность стимулов, связанных с финансированием услуги в зависимости от срока госпитализации, и отсутствие каких бы то ни было стимулов в отношении контроля за расходами. В этих условиях Министерство здравоохранения вынуждено было признать важность разработки новых механизмов регулирования финансирования больничных услуг. С учетом этой цели ожидается, что для австрийских больничных служб может быть создан плановый рынок (295). В настоящее время разрабатывается альтернативная модель финансирования больничных услуг на основе системы классификации по группам заболеваний (295).

В 1994 году в Латвии была принята система оплаты больничных услуг на основе фактически предоставленных услуг. В настоящее время действует смешанная система, когда больницы получают посуточную оплату и стоимость предоставленных услуг. Местный фонд медицинского страхования и администрация больницы согласовывают круг услуг и ставки оплаты в зависимости от наличия местных финансовых ресурсов. Государственные центры специализированного лечения и государственные больницы частично финансируются Государственным фондом медицинского страхования (пакет основных услуг) и частично — Министерством здравоохранения (специальные программы). Благодаря проведению этих финансовых реформ, администрация больниц обладает большей свободой в определении как численности, так и категорий персонала и предоставляемых услуг.

В Словакии после создания в 1993 году национальной компании медицинского страхования больницам оплачивается стоимость койко-дня в зависимости от типа больницы. Оплата охватывает все услуги и расходы и не варьирует в зависимости от вида лечения. Установление фиксированной ставки может иметь позитивные или негативные последствия для больницы в зависимости от вида предоставляемых услуг. Эта система не стимулирует сдерживание расходов. Недавно в шести больницах в порядке эксперимента была введена система классификации по группам заболеваний.

Хотя больничные услуги в Австрии, Латвии и Словакии финансируются на основе стоимости койко-дня или предоставленных услуг, в рамках каждой системы рассматриваются или опробуются дополнительные или альтернативные подходы. Учитывая проблемы, связанные со сдерживанием расходов, предпринимаются попытки в рамках этой системы в каждом случае устанавливать предельные уровни, поощряя при этом медицинские учреждения к большей автономии.

С учетом этих проблем ряд стран переходят на систему оплаты больничных расходов на контрактной основе. Финляндия, например, значительно

продвинулась вперед в достижении этой цели. До 1993 года оплата больничных услуг в Финляндии зависела от срока госпитализации и больницы выставляли муниципалитетам счета, исходя из средней стоимости использованных койко-дней. Расходы на больничное обслуживание покрывались в основном за счет государственного финансирования и выплат пациентов, покрытие же остальной их части, безусловно, брали на себя муниципалитеты. Принятие в 1993 году нового подхода было продиктовано необходимостью сдерживания расходов в неблагоприятных экономических условиях и стремлением повысить эффективность муниципальности служб. Согласно этой системе субсидирование государством услуг, предоставляемых муниципалитетами, в том числе в области здравоохранения, базируется на формуле, учитывающей возрастную структуру населения, финансовые возможности, заболеваемость, плотность населения и территорию (296). Теперь государственная субсидия не идет непосредственно в больницы; вместо этого муниципалитеты оплачивают предоставляемые больницами услуги путем объединения указанных субсидий с местными фондами.

Больничные округа в Финляндии различаются по типу соглашений, заключаемых с муниципалитетами на предмет оплаты услуг. В некоторых больничных округах введена форма перспективной оплаты, в то время как многие округа выставляют муниципалитетам счета на основе стоимости конкретных услуг, которые были предоставлены. Осуществляется ряд экспериментальных проектов, в рамках которых больницы и муниципалитеты заключают контракты, устанавливающие стоимость и объем услуг, подлежащих предоставлению в согласованный период. Большинство больничных округов выработали систему выравнивания поступлений, согласно которой чрезмерно большие расходы, понесенные в процессе лечения определенных видов заболеваний, могут быть распределены между муниципалитетами данного округа. Наконец, была согласована форма покрытия дефицита, согласно которой муниципалитеты погашают дефицит средств больниц. Однако в настоящее время эта практика пересматривается и вместо нее может быть введена система компенсации дефицита за счет платежей следующего года. Система финансирования больничных услуг в Финляндии, по-видимому, будет еще пересматриваться с целью совершенствования усилий по сдерживанию расходов и повышению эффективности в рамках системы.

Систему оплаты на контрактной основе приняли еще две страны — Словения и Соединенное Королевство. Одним из наиболее далеко идущих результатов реформирования британской системы ГСЗ был переход от бюджетного финансирования на контрактную систему как средство оплаты больничных услуг.

Важной задачей британской контрактной системы является разделение ролей покупателя и производителя больничных услуг. Существует целый ряд возможных способов определения этого нового типа взаи-

моотношений, хотя в каждом случае больница выполняет роль производителя услуг в рамках согласованных с агентом-покупателем контрактов на предоставление услуг, подлежащих контролю с точки зрения их стоимости и качества. Органы здравоохранения могут действовать в качестве агентов-покупателей больничных услуг и заключать типовые контракты, устанавливающие объем платных услуг или стоимость каждой услуги, с назначенными производителями услуг на предоставление комплекса определенных и имеющих фиксированную стоимость услуг. Все производители больничных услуг были преобразованы из организаций, управлявшихся напрямую, в независимые трастовые компании (297). Согласно учредительным документам этих трастовых компаний, они обязаны функционировать за счет доходов от контрактов. При согласовании контрактов они обязаны устанавливать цены, равные средней стоимости, и не допускать перекрестного субсидирования служб (297). Трастовые компании конкурируют с другими производителями за заключение контрактов, независимо от сферы охвата органов здравоохранения. Более подробно последствия приобретения услуг и заключения контрактов рассматриваются выше в настоящей главе (см. с. 177–189).

В Словении годовая стоимость больничных услуг определяется на перспективной основе. Поэтому она складывается с учетом койко-дней и коэффициентов использования дорогостоящих услуг. Такой подход к определению объема выплат был введен в 1992 году, и его основу составляет двухэтапный процесс переговоров с участием представителей Национального института страхования Словении (НИСС), Министерства здравоохранения и производителей медицинских услуг.

На первом этапе три партнера по переговорам достигают договоренности, в рамках которой определяется максимальный бюджет по каждой широкой категории больничных услуг. В соответствии с этой договоренностью НИСС оплачивает больницам стоимость койко-дня по фиксированной ставке, но с определенными исключениями в отношении более дорогостоящих услуг и материалов. Например, госпитализация, связанная с предоставлением таких дорогостоящих услуг, как кардиоторакальная хирургия, трансплантация и диализ, оплачивается по более высоким фиксированным ставкам. Кроме того, больницы, добивающиеся снижения средней продолжительности госпитализации, могут получать поощрительные выплаты за неиспользованные койки. На втором этапе переговоры ведутся между руководством НИСС и производителями услуг. С учетом достигнутых договоренностей НИСС организует публичные торги на заключение контрактов с каждым из производителей.

ВЫВОДЫ

Хотя порядок приоритетов может меняться, чаще всего имеются в виду такие цели пересмотра методов оплаты больничных услуг, как совершен-

ствование механизмов сдерживания расходов, повышение качества и эффективности услуг и обеспечение широкого доступа на уровне общин. Реализацию этих целей затрудняет, в частности, динамичный характер больничной системы и финансовые проблемы, связанные с техническим прогрессом и растущими ожиданиями пациентов.

Как представляется, методы оплаты больничных услуг в любой системе здравоохранения дают более прагматичный ответ на сохраняющийся политический вызов, чем подход, основанный на рациональном планировании и соответствующий четкой теоретической базе. Больничная система является видимым и существенным элементом всех систем здравоохранения, а это значит, что он важен как с политической, так и с экономической точки зрения. Поэтому подход к оплате больничных услуг должен быть направлен на достижение целей, которые любое политическое руководство считает приоритетными в сложившихся экономических условиях. Хотя цели сдерживания расходов, повышения эффективности и обеспечения открытого доступа являются практически универсальными, к числу приоритетных могут быть отнесены также дополнительные цели, например, сокращение очередей на госпитализацию, которые в конечном итоге будут оказывать влияние на действие принятых механизмов.

Эта попытка объединить национальные системы в несколько широких категорий была направлена на то, чтобы внести ясность в понимание соответствующих подходов. В каждой широкой категории между национальными системами существуют значительные различия, которые, по-видимому, разумнее было бы рассматривать в рамках единого глобального процесса, не сопоставляя друг с другом. Тем не менее можно высказать ряд общих замечаний о последствиях внедрения систем перспективного финансирования и систем оплаты предоставленных услуг.

Наиболее характерной особенностью систем перспективного финансирования является тот факт, что предельные уровни расходов определяются заранее на конкретный период. Бюджетные системы традиционно связаны с перспективным финансированием на основе постоянно повышающихся нормативов. Однако в 80–90-е годы некоторые западноевропейские страны, использовавшие системы финансирования, основанные на страховании, перешли на системы перспективного финансирования за счет средств глобальных бюджетов, которые предусматривают ряд критериев, касающихся больничного обслуживания, таких как койко-дни или число пролеченных больных. Кроме того, для каждой страны характерен свой подход к управленческим и контрольным службам в пределах этих ограничений, и он все в большей степени охватывает такие аспекты, как выборочный контроль, критерии отдачи и административный контроль. Постановка приоритетов в области контроля за расходами дополняется стремлением обеспечить эффективность, и все большее число стран вносит определенные коррективы на конкретные услуги/число пролеченных больных в рамках бюджета. Путем совершенствования бюд-

жетного механизма можно также повысить качество, укрепить независимость и повысить гибкость в вопросах управления. Однако при использовании любой системы финансирования надо быть готовым к решению потенциальных проблем качества обслуживания, а также учитывать возможные опасности, связанные с политизацией процесса финансирования.

Трудно делать обобщения относительно систем оплаты больничных услуг на основе объема предоставленных услуг, поскольку в силу своего характера они функционируют скорее на микро-, чем на макроуровне. Хотя в целом для этого подхода характерна связь между использованием ресурсов и предоставляемой услуги на уровне пациента, механизмы приведения его в действие весьма различны (298). Наиболее очевидным недостатком этого подхода является его неконкретность, что затрудняет контроль за расходами и использованием ресурсов. Однако когда этот подход, ориентированный на объем предоставляемых услуг, сочетается с практикой установления цен на перспективной основе, а также заключения контрактов, плательщики могут поставить перед больницами такие конкретные цели, как контроль за ресурсами и эффективное их использование. В свою очередь для достижения этих целей больницы должны обладать большей гибкостью с точки зрения организационных, кадровых и финансовых аспектов предоставления услуг.

Наконец, следует отметить, что в рамках вышерассмотренных страновых систем принятая модель финансирования здравоохранения, как правило, не рассматривается в качестве препятствия для пересмотра подходов к вопросам оплаты больничных услуг. Система перспективного финансирования и механизмы оплаты фактически предоставленных услуг характерны как для модели бюджетного финансирования, так и для модели медицинского страхования. Это свидетельствует о том, что реформа действующей модели бюджетного финансирования здравоохранения не затрудняет пересмотр подходов к оплате больничных услуг, равно как и не требует такого пересмотра.

Экономически эффективное обеспечение населения фармацевтическими препаратами

В 90-е годы важным фактором повышения расходов на здравоохранение становятся расходы на фармацевтические препараты. В значительной степени способствуют этому два важных элемента: увеличение общего объема использования существующих препаратов и расходы, связанные с внедрением новых. В ответ на это директивные органы разработали меры по сдерживанию расходов, с тем чтобы повлиять на практику назначения врачами препаратов, а также стратегии, касающиеся фармацевтического сектора в целом. Эти меры, как правило, имеют целью изменить характер стимулов, определяющих действия производителей

услуг, с тем чтобы они в большей степени учитывали стоимостной аспект. Основополагающим, однако, по-прежнему является вопрос долгосрочной эффективности различных мер.

Рассматривая возможные направления политики в отношении фармацевтического сектора, некоторые страны вынуждены соразмерять свое стремление сдержать расходы, которые составляют значительную долю расходов на здравоохранение, с усилиями по увеличению занятости и экспорта. Эта дилемма находит свое отражение в схемах контроля цен, действующих в некоторых странах. Кроме того, время, необходимое для выработки и внедрения различных мер по сдерживанию расходов, превышает срок их полезного действия.

СТРУКТУРА РЫНКА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Трехуровневая система спроса — врач, назначающий лекарство; пациент, принимающий его; и система медицинского страхования, оплачивающая его, — создает структурные проблемы на рынке фармацевтических препаратов (299–302). Спрос на медикаменты контролирует не конечный потребитель, а врач, хотя оплату расходов пациента берет на себя система страхования. Кроме того, пациент не может в полной мере сформировать знания на основе имеющейся информации, так как многие виды лечения носят индивидуальный характер. Поскольку медикаменты рассматриваются как существенно важный товар, чего нельзя сказать о большинстве других товаров, существуют опасения, что фармацевтические компании могут устанавливать любые цены по своему усмотрению.

Для этой отрасли характерно постоянное появление новых продуктов. Все крупные компании активно занимаются исследованиями, конкурируя друг с другом скорее с точки зрения пригодности и специализации продукта, чем его цены. Движущей силой этой отрасли является наличие потенциала, связанного с разработкой либо новых медикаментов, либо новых средств их доставки пациентам. Первостепенное значение имеет патентная система, обеспечивающая юридическую защиту разработчиков в большинстве стран в течение 17–20 лет. Реальный срок жизни патента, однако, короче, учитывая разницу во времени между регистрацией патента и выходом продукта на рынок.

Важную роль в поддержании позиций компании играет маркетинг. Даже специалисты-медики в значительной степени черпают информацию о фармацевтических препаратах из подготовленных корпорациями материалов по маркетингу. Компании конкурируют друг с другом за внимание со стороны врачей. Хотя врачи могут получать всю необходимую информацию о новых продуктах только из медицинских журналов и в процессе непрерывного медицинского образования в конкретной области, они редко делают это (303). Поскольку основной объем информации маркетингового характера распространяется от имени известных фармацевтических компаний, последние приобретают еще больший вес на рынке.

С целью ослабления влияния этих своекорыстных и/или неблагоприятных факторов национальные директивные органы большинства европейских стран создали различные структуры государственного регулирования. В своей деятельности они исходят из того, что одни только стимулы, направленные на получение прибыли, и рыночная конкуренция не могут обеспечить оптимальный с социальной точки зрения уровень информации или принятие фармацевтическими компаниями желательных в социальном отношении решений. Однако реализацию задачи регулирования фармацевтической сферы осложняет наличие двух проблем, связанных с промышленным развитием. Во-первых, жесткость положений о безопасности, ценах и прибыли может отбить охоту тратиться на научные исследования и разработки, что ведет к снижению темпов новаторской деятельности (304, 305). Во-вторых, правительство, стремясь увеличить национальный доход, может предпринять усилия по укреплению новаторских компаний.

Некоторые аналитики утверждают, что для лекарственного рынка характерна монополия предложения. Они делают заключение, что высокие доходы, высокие цены и большие расходы на продвижение могут существовать только в отрасли, где существует монополия власть. В свою очередь другие экономисты считают это «статическим анализом». Они утверждают, что конкурентное поведение может не зависеть от существующей структуры, и предлагают более динамичный анализ промышленности, исходя из последствий внедрения новых продуктов для конкуренции. Однако, как представляется, такое внедрение вполне совместимо со значительным влиянием на рынке, которое определяется как соотношение между ценами и предельными издержками.

Сторонники «динамичного анализа» также заявляют, что доходы в этой отрасли слишком завышены и что большие расходы на продвижение ее продуктов скорее способствуют, чем препятствуют выходу компании на новые рынки. Сторонники идеи монополии возражают, что патентная система создает условия для монопольного предложения и позволяет патентодержателю поддерживать более высокие цены. Патенты также не способствуют выходу на рынок потенциальных новых поставщиков. Тем не менее некоторые авторы ставят под сомнение значение защиты патентов для обеспечения монопольного влияния на лекарственном рынке (306, 307). Они утверждают, что любая монополия является краткосрочной и, учитывая различного рода заменители, вряд ли абсолютной.

Государственное регулирование, как правило, связано с обеспечением безопасности продуктов, контроля за доходами и ценами, контроля за маркетингом и рекламой, а также с ограничением общих объемов потребления фармацевтических препаратов. Вмешательства осуществляют обычно различные учреждения, ставя при этом целый комплекс задач. Цель такого регулирования заключается в том, чтобы дополнить работу рынка, но с точки зрения результатов оно связано скорее со средствами,

чем с оценкой эффективности. Разработка системы финансирования научных исследований в сфере фармацевтики, которая не будет ограничивать исследования или вести к повышению цен, по-прежнему является трудной задачей.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЫ

Для западноевропейских стран характерны большие различия в уровне расходов на фармацевтические препараты. В таблице 16 показаны расходы фармацевтического сектора в процентах от ВВП и расходов на здравоохранение в отдельных странах. Показаны также расходы фармацевтического сектора в расчете на душу населения.

Т а б л и ц а 16. Расходы на фармацевтические препараты в отдельных западноевропейских странах, 1993 год

| Страна | Расходы в % от: | | Расходы на душу населения (долл. США) |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|---|
| | ВВП | расходов на здра- воохранение | |
| Бельгия | 1,4 | 16,7 | 288 |
| Дания | 0,8 | 11,3 | 199 |
| Франция | 1,6 | 16,8 | 358 |
| Германия | 1,6 | 18,5 | 426 |
| Греция ^а | 1,3 | 23,5 (16,7) ^б | 98 |
| Ирландия | 0,9 | 14,0 | 123 |
| Италия | 1,5 | 18,0 | 268 |
| Люксембург ^с | 1,0 | 14,6 | 274 |
| Нидерланды | 1,0 | 10,9 | 193 |
| Португалия ^а | 1,2 | 17,0 | 115 |
| Испания | 1,3 | 18,2 | 194 |
| Швеция | 1,0 | 12,7 | 204 |
| Соединенное Королевство | 1,1 | 14,9 | 173 |

^а 1992 год

^б На основе данных этой страны

^с 1991 год

Источник: OECD (49).

Вызывает удивление большая доля расходов на лекарственные средства в общем объеме расходов на здравоохранение в Греции, но эти цифры основаны на данных ОЭСР, где общий объем расходов на здравоохранение значительно занижен. Другой источник (170) вместо 23,5% приводит цифру 16,7%. Примечательно также, что в долларах США расходы Германии на лекарственные средства в расчете на душу населения более чем вдвое превышают аналогичный показатель в Соединенном Королевстве. Разница в показателях Франции и Соединенного Королевства практически столь же велика. Главной причиной этого является значительно больший объем закупок как во Франции, так и в Германии. В Нидерландах доля расходов на лекарственные средства в общем объеме расходов на здравоохранение является наименьшей, несмотря на принятую там практику свободного ценообразования, и изменения в нее вносятся только с учетом системы базовых цен.

Таблица 16 вводит в заблуждение в том смысле, что в ее основу положены данные о конечных расходах на фармацевтические препараты, которые в свою очередь зависят от разницы между оптовыми и розничными ценами и величины налога на добавленную стоимость (НДС). Все они значительно варьируют между странами, что показано в таблице 17, и поэтому вышеупомянутые цифры не отражают единых определений. В большинстве случаев эта разница касается продажи лекарств, отпускаемых без рецепта, а также продажи лекарств, отпускаемых только по рецепту, в других же — исключительно продажи лекарств, отпускаемых только по рецепту. Существуют большие различия в ставках НДС, а в некоторых случаях он вообще не взимается. Большая разница существует и в розничных ценах. Одним из факторов, определяющих это последнее различие, является средняя численность населения, приходящегося на одну аптеку, а также от наличия у владельцев аптек возможностей для хранения других товаров, помимо лекарств.

Если доля расходов на лекарственные средства в общем объеме расходов на здравоохранение исчисляется в ценах производителей и имеется в виду, что в отношении рынка лекарств, отпускаемых только по рецепту, действует та же торговая наценка, то больше всего средств на лекарственные препараты по сравнению с общим объемом расходов на здравоохранение тратит Соединенное Королевство (13,0%), хотя в долларах США эти расходы в расчете на душу населения являются самыми низкими после Греции.

В Западной Европе меры по сдерживанию расходов в фармацевтическом секторе призваны влиять на практику врачей в отношении назначения лекарственных средств и формировать как у врачей, так и у пациентов более осознанное отношение к вопросам, связанным с расходами. Были также разработаны стратегии, касающиеся всего рынка в целом. Таблица 18 отражает различные подходы к сдерживанию расходов, принятые за последние десять лет. Однако меры по сдерживанию расходов,

Т а б л и ц а 17. Структура конечной цены на имеющиеся в розничной продаже фармацевтические препараты в отдельных западноевропейских странах, 1993 год, в %

| Страна | Цена франко-завод | Оптовая наценка | Розничная наценка | НДС и другие налоги |
|--------------------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|---------------------|
| Бельгия | 56,6 | 8,5 | 29,2 | 5,7 |
| Дания | 55,3 | 4,0 | 20,7 | 20,0 |
| Франция | 63,5 | 6,9 | 27,5 | 2,1 |
| Германия | 55,3 | 8,8 | 22,7 | 13,2 |
| Греция ^a | 49,9 | 5,7 | 24,0 | 20,4 |
| Италия (1995) ^b | 64,43 | 7,21 | 21,63 | 3,85 |
| Нидерланды ^c | 58,1 | 11,6 | 24,6 | 5,7 |
| Португалия | 68,6 | 7,6 | 19,1 | 4,8 |
| Испания | 59,9 | 8,2 | 29,0 | 2,9 |
| Швеция ^b | 68,2 | 2,8 | 29,0 | – |
| Соединенное Королевство ^d | 87,5 | 7,5 | 5,0 | – |

^a1994 год

^bмедикаменты, отпускаемые только по рецепту

^c1992 год

^dмедикаменты, отпускаемые по рецепту в рамках ГСЗ

Источники: Interministerial Prices Committee (308); Vartholomeos & Tinios (309); MEFA (310).

как правило, проводятся в сочетании с другими. Ниже дается их краткое последовательное изложение.

Соучастие потребителей в расходах

Текущие расходы на фармацевтические препараты зависят частично от количества поставляемых товаров и частично от их стоимости или стоимости рабочей силы, которая использовалась для их поставки. Расходы на фармацевтические препараты зависят также от платежей, которые обычно производят пациенты. В таблице 19 в обобщенном виде приводятся личные выплаты, которые производят пациенты, приобретая фармацевтические препараты.

Для снижения спроса все западноевропейские страны используют практику соучастия в расходах (см. глава 3, с. 107–133). Обычно лицам с низкими доходами и другим категориям населения предоставляются опре-

Т а б л и ц а 18. Альтернативные стратегии сдерживания расходов в фармацевтическом секторе в странах ЕС

| Стратегии | Примеры по странам |
|--|---|
| Меры, влияющие на предложение | |
| Фиксированные бюджеты для врачей | ВОП, являющиеся фондодержателями в Соединенном Королевстве |
| Ориентировочные бюджеты для врачей | Германия; ВОП, не являющиеся фондодержателями в Соединенном Королевстве |
| Фиксированные бюджеты на покрытие фармацевтических расходов | Германия, Италия |
| Методические руководства | Франция |
| Методические руководства определения затратной эффективности лекарств | Соединенное Королевство |
| Аудит практики назначения лекарств | Ряд стран, но не на систематической основе, за исключением Соединенного Королевства |
| Меры по управлению клиническим процессом | Эксперименты во Франции и Соединенном Королевстве |
| Позитивные и/или негативные перечни | Все страны |
| Контроль за числом продуктов | Дания, Нидерланды, Норвегия |
| Развитие рынка дженериков | Главным образом Германия, Дания, Нидерланды, Соединенное Королевство |
| Подушевая оплата или оклад врача, оказывающего первую медицинскую помощь | Ряд стран, в том числе Ирландия, Испания, Италия, Нидерланды, Соединенное Королевство и Швеция. |
| Предельные уровни расходов на продвижение лекарственных средств | Соединенное Королевство |
| Оплата фармацевтов по фиксированной шкале ставок, а не в виде определенного процента | Нидерланды, Соединенное Королевство |
| Меры, относящиеся к спросу | |
| Соучастие потребителей в расходах | Все страны, за исключением Нидерландов |
| Программа медико-санитарного просвещения | Нидерланды, Соединенное Королевство |

Т а б л и ц а 18 (продолжение)

Развитие рынка лекарств, отпускаемых только по рецепту

Меры, касающиеся рынка в целом

| | |
|--|--|
| Контроль за ценами | Все страны, за исключением Германии, Дании, Соединенного Королевства |
| Контроль за прибылью | Соединенное Королевство |
| Базовые цены | Германия, Дания, Нидерланды, Швеция |
| Взносы фармацевтической промышленности в случае превышения бюджетов | Германия в 1993 году, Франция начиная с 1995 года |
| Бюджеты фармацевтической промышленности: фиксированные или зависящие от уровня доходов | Испания, Франция |
| Налоги на расходы на продвижение | Испания, Франция, Швеция |
| Развитие рынка параллельно импортируемых медикаментов | Германия, Дания, Нидерланды, Соединенное Королевство |
| Развитие рынка дженериков | Главным образом Германия, Дания, Нидерланды, Соединенное Королевство |

Источник: Mossialos & Abel-Smith (311).

деленные льготы. Доля расходов, покрываемых пациентами, определяется типом препарата в Греции, Дании, Италии, Португалии и Франции и классом препарата в Бельгии. В Германии в настоящее время эта доля зависит от размера упаковки. Соучастие в покрытии расходов осуществляется по фиксированной ставке в Соединенном Королевстве и в отношении некоторых препаратов в Бельгии, а также составляет стандартную долю расходов в Испании. В Нидерландах соучастие в покрытии расходов отсутствует. Значительные льготы существуют в Бельгии, Германии, Дании, Испании, Италии и Соединенном Королевстве.

Позитивные и негативные перечни

В ряде западноевропейских стран введены позитивные и негативные перечни лекарственных средств. Позитивные перечни существуют в Бельгии, Греции, Дании, Италии, Нидерландах, Португалии и Франции, хотя

Т а б л и ц а 19. Соучастие пациентов в покрытии расходов в отдельных западноевропейских странах, 1995 год

| Страна | Совместное участие в покрытии расходов на фармацевтические препараты |
|-------------------------|---|
| Бельгия | Фиксированная ставка плюс ноль, 25%, 50%, 60%, 80% или 100% от цены |
| Дания | Фиксированная ставка плюс 50%, 75% или 100% |
| Франция | Ноль, 35%, 65% или 100% |
| Германия | 3, 5 или 7 марок ФРГ в зависимости от размеров упаковки |
| Греция | Ноль, 10% или 25% от цены |
| Ирландия | Ноль или до 90 ирландских фунтов стерлингов в квартал ^a |
| Италия | Фиксированная ставка в размере 3000 ит. лир или 3000 ит. лир плюс 50% |
| Люксембург | Ноль или 20% |
| Нидерланды | Отсутствует |
| Португалия | 30%, 60% или 100% |
| Испания | Ноль или 40% ^b |
| Швеция | 160 шв. крон за первый и 60 шв. крон за последующие предметы |
| Соединенное Королевство | Фиксированная ставка в размере 5,25 фунтов стерлингов |

^a Только лица, имеющие доход выше уровня, предусмотренного Генеральной медицинской службой. Семьям, покупающим продукты на сумму свыше 90 ирландских фунтов стерлингов в квартал, выплачивается возмещение в размере превышения этой суммы.

^b Хронические больные оплачивают 10% стоимости назначенного препарата в размере не более 400 песет.

Источник: Mossialos & Abel-Smith (311).

в Греции этот перечень действует неэффективно (171). В Испании позитивного перечня нет, но он планируется. В Италии в 1993 году был учрежден комитет по созданию нового позитивного листа. В Нидерландах после 1993 года отменено возмещение стоимости неаллопатических препаратов. В некоторых странах наряду с позитивными перечнями могут существовать негативные, но негативные перечни включаются в позитивные.

В Германии, Ирландии, Испании, Люксембурге и Соединенном Королевстве существуют негативные перечни (171). В 1982 году Ирландия

Т а б л и ц а 20. Число продуктов, имеющихс я на рынке, в отдельных западноевропейских странах, 1993 год

| Страна | Активные компоненты | Фирменные наименования |
|-------------------------|---------------------|------------------------|
| Бельгия | 4 150 | 9 000 |
| Дания | 2 300 | 4 861 |
| Франция | 4 200 | 9 500 |
| Германия | 8 862 | 23 529 ^a |
| Италия | 4 210 | 8 906 |
| Нидерланды | 2 200 | 7 924 |
| Норвегия | 1 100 | 2 216 |
| Испания | 5 400 | 9 500 |
| Соединенное Королевство | – | 10 000 |
| Соединенные Штаты | 19 000 | 60 000 ^b |

^a продукты, включенные в Rote Liste; согласно оценкам, на рынке имеется порядка 70 000 продуктов.

^b американские продукты на международном рынке; на национальном рынке имеется примерно 43 000.

Источник: Abel-Smith & Mossialos (171)

расширила негативный перечень лекарственных препаратов, доступных для пациентов, охваченных Генеральной медицинской службой²², и разрабатывает позитивный перечень. Германия также исключила ряд менее значимых лекарственных препаратов из сферы охвата медицинским страхованием в 1983 году и изъяла дополнительное их число в 1991 году; в настоящее время она разрабатывает позитивный перечень. В 1985 году Соединенное Королевство исключило из системы ГСЗ ряд лекарственных препаратов, в основном те, которые можно приобрести без рецепта, и расширила этот перечень в 1992 году. В 1993 году Испания исключила из этого перечня 800 лекарственных препаратов.

Число продуктов

Некоторые страны контролируют число продуктов на рынке с целью ослабить давление на врачей, связанное с назначением новых препаратов, или свести к минимуму давление на регулирующие органы в том случае, когда фармацевтическая промышленность просит повысить цены. Число

²²Пациенты с доходами ниже определенного уровня (см. главу 4, с. 156).

активных составляющих и продуктов, имеющих фабричную марку, на рынке в различных странах показано в таблице 20. Следует отметить, что Норвегия контролирует только порядка 2200 торговых марок, в то время как Германия — более 23 000, а Соединенные Штаты — порядка 43 000.

Цены на фармацевтические препараты и методология ценообразования

Особый характер конкуренции на рынке фармацевтических препаратов заставляет многие правительства прибегать к вмешательству и фиксировать цены. Еще одна причина этого заключается в том, что существенная часть расходов на лекарственные препараты оплачивается за счет государственных средств.

Колебания цен на один и тот же продукт в различных западноевропейских странах свидетельствуют о фрагментарности рынка (312). Таблица 21 отражает попытку их сопоставления. Эти данные, подготовленные Ассоциацией германских фармацевтов, основаны только на 129 продуктах, отобранных в 1988 году, и, следовательно, не учитывают появление

Т а б л и ц а 21. Уровень цен на фармацевтические препараты в отдельных западноевропейских странах, 1988–1993 годы (средний уровень по ЕС = 100)

| Страна | 1988 г. | 1989 г. | 1990 г. | 1991 г. | 1992 г. | 1993 г. |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|
| Бельгия | 88,6 | 91,0 | 92,6 | 100,5 | 107,7 | 116,2 |
| Дания | 128,1 | 131,1 | 136,7 | 143,4 | 134,6 | 132,9 |
| Франция | 71,5 | 69,0 | 66,9 | 63,8 | 60,2 | 63,4 |
| Германия | 128,4 | 123,5 | 116,6 | 110,5 | 105,0 | 105,4 |
| Греция | 73,8 | 80,0 | 80,0 | 85,5 | 80,8 | 84,7 |
| Ирландия | 130,5 | 129,8 | 132,2 | 129,8 | 129,5 | 133,2 |
| Италия | 79,1 | 83,1 | 89,4 | 96,1 | 102,8 | 95,5 |
| Люксембург | 97,1 | 95,6 | 93,5 | 94,5 | 93,6 | 97,1 |
| Нидерланды | 131,9 | 127,7 | 129,9 | 134,1 | 139,0 ^a | 148,4 ^a |
| Португалия | 67,5 | 61,7 | 57,9 | 57,7 | 60,9 | 67,0 |
| Испания | 71,6 | 70,8 | 76,6 | 83,7 | 89,4 ^a | 93,5 ^a |
| Соединенное Королевство | 115,9 | 123,1 | 125,6 | 124,6 | 126,4 | 122,7 |

^a предварительные цифры.

Источник: *Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände* (313).

ряда новых продуктов. В связи с этим, а также в силу других причин, такой метод подсчета был подвергнут критике. Например, он исходит из числа препаратов, отпускаемых только по рецепту, стоимость которых не подлежит возмещению, и не учитывает дженерики. Поэтому результаты следует считать лишь ориентировочными в самом широком понимании этого слова. Таблица 21 не отражает серьезных изменений в системах контроля за ценами во Франции и Италии, происшедших после 1991 года, или значительное повышение цен в Греции в последние годы. Тем не менее она свидетельствует о большом разнообразии цен, причем во Франции и Греции они намного ниже по сравнению с другими странами. Германия занимает на удивление низкое место в связи с ее политикой свободного ценообразования.

В таблице 22 приведен индекс цен ОЭСР на фармацевтические препараты. В период 1988–1993 годов во Франции и Нидерландах цены практически не росли, в то время как в большинстве других западноевропейских стран наблюдалось их стабильное повышение. Особенно заметное повышение цен произошло в Греции, хотя в 1988 году они были очень низкими.

В чем заключаются последствия различий в системах регулирования цен и/или доходов для уровня цен на фармацевтические средства в различных странах? В силу ряда причин точное сопоставление не представляется возможным. Во-первых, в одной стране может иметь место большой объем продажи продуктов, отсутствующих на рынках других стран. Во-вторых, продукты могут быть сходными, но не идентичными или идентичными, но продаваться под иным названием в другой стране. В-третьих,

Т а б л и ц а 22. Расходы на фармацевтические препараты в отдельных западноевропейских странах, 1988–1993 годы (1990 год = 100)

| Год | Бель- гия | Фран- ция | Герма- ния | Греция | Италия | Нидер- ланды | Шве- ция | Соеди- ненное Короле- вство |
|------|--------------|--------------|---------------|--------|--------|-----------------|-------------|--------------------------------------|
| 1988 | 95,0 | 103,2 | 88,5 | 75,6 | 97,4 | 102,6 | 101,8 | 95,2 |
| 1989 | 97,8 | 102,5 | 99,9 | 100 | 98,2 | 100,6 | 99,9 | 97,6 |
| 1990 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 1991 | 102,6 | 100,5 | 100,8 | 116,7 | 104,9 | 100,4 | 104,9 | 103,0 |
| 1992 | 107,1 | 101,3 | 102,4 | 127,9 | 105,9 | 102,4 | 110,7 | 107,1 |
| 1993 | – | 102,0 | 110,5 | – | 110,9 | 102,7 | – | 109,4 |

Источник: OECD (49)

различными могут быть размеры упаковки, эффективность, дозировка и форма изготовления, равно как различным может быть сочетание компонентов. В-четвертых, объем продажи того или иного продукта в одной стране может весьма отличаться от объема его продажи в другой стране. Пятая проблема заключается в определении того, какие цены следует сравнивать: оптовые, розничные (с учетом скидок или без скидок), большие или цены-брутто или цены-нетто, которые платит потребитель. Размер оптовых и розничных наценок различается по странам, равно как и уровень НДС. То же самое можно сказать о наличии или отсутствии практики налогообложения этих продуктов. Наконец, существует проблема колебания обменных курсов и несовершенства усилий по созданию паритетов покупательной способности.

Методы регулирования процесса ценообразования или влияния на него показаны в таблице 23. Основные механизмы показаны в левой колонке, хотя, например, во Франции им на смену пришла практика составления бюджетов. По всей видимости, если эта практика окажется неэффективной или если промышленность не пожелает сохранить ее, Франция вернется к своей прежней системе.

Большинство западноевропейских стран, за исключением Германии, Дании и Нидерландов и (частично и косвенно) Люксембурга, контролируют либо цены, либо доходы фармацевтической промышленности. Германия, Дания, Нидерланды и Швеция ввели систему базовых цен на непатентованные медикаменты.

Следует отметить, что в последние годы страны вводят комплексные системы контроля за расходами на фармацевтические препараты. Несмотря на наличие таких базовых систем, как контроль за ценами, контроль за доходами или базовые цены, вводятся также другие виды контроля. Ряд стран провели снижение всех цен, а в пяти разработаны бюджеты, которые были либо согласованы с промышленностью и исполняются ею, предусматривая штрафы для врачей, либо просто разрабатываются правительством.

Объективного способа установления «реальной» цены на фармацевтический продукт не существует. Капитальные затраты компании на оборудование, ее накладные расходы, расходы на научные исследования и разработки и расходы на продвижение товаров (поскольку возможно совместное продвижение продуктов данной компании) делятся на все производимые ею продукты. Затраты на производство и в определенной степени затраты на расфасовку зависят от объема продаж, что было прямо признано в рамках действовавшей ранее французской системы контроля цен. До внедрения практики финансирования на основе поступлений компаний французская система не учитывала производственных затрат, однако устанавливала более высокие цены на продукты, которые содействовали развитию национальной экономики.

Две страны, использующие систему контроля цен, каковыми являются Бельгия и Франция, при установлении цен стремятся оценить новаторский

Т а б л и ц а 23. Методы регулирования цен на фармацевтические препараты или воздействия на них в отдельных западноевропейских странах

| Страна | Основной механизм регулирования цен или воздействия на них | Снижение цен | Бюджет |
|----------|---|--|---|
| Бельгия | Цены, основанные на совершенствовании существующих продуктов | — | — |
| Дания | Система базовых цен за исключенные патентованные препараты | — | — |
| Франция | Цены, устанавливаемые с учетом медицинской эффективности и по согласованию с компаниями | | Максимальный объем поступлений в расчете на каждую компанию должен составить в 1994 году 3,2% роста расходов |
| Германия | Система базовых цен за исключенные патентованные препараты | Снижение на 5% до конца 1994 года | Ориентировочные бюджеты для каждого врача по каждому региону (врачи, включенные в группу риска, — 280 млн. марок ФРГ) |
| Греция | Цены, устанавливаемые на основе стоимости, отпускной цены и трех самых низких в ЕС цен | — | — |
| Ирландия | Средняя цена одного и того же продукта в Соединенном Королевстве и группе стран ЕС (Германия, Дания, Нидерланды, Соединенное Королевство и Франция) | 3% в августе 1993 года и замораживание цен до конца июля 1996 года | — |

Т а б л и ц а 23 (продолжение)

| | | | |
|-------------------------|---|--|---|
| Италия | Средние цены в Германии, Испании, Соединенном Королевстве и Франции | Снижение на 2,5% или 5% до конца 1995 года | Устанавливается правительством |
| Люксембург | Цены, устанавливаемые с учетом цены на данный продукт в стране происхождения | — | — |
| Нидерланды | Средние цены в Бельгии, Германии, Соединенном Королевстве и Франции и система справочных цен, включая некоторые запатентованные препараты | Снижение на 5% до конца июля 1996 года | — |
| Португалия | Верхний предельный уровень, соответствующий самым низким ценам в Испании, Италии и Франции | — | — |
| Испания | Цены, основанные на «стоимости» | Снижение на 3% до конца 1997 года | Рост расходов на 7%, которые будут исполнять промышленность в 1995 году |
| Швеция | Система базовых цен за исключение запатентованных препаратов | — | — |
| Соединенное Королевство | Регулирование прибыли | Снижение на 2,5% до конца осени 1996 года | Ориентировочный для ВОП, не являющихся фондодержателями, но фиксированный для фондодержателей |

Источник: Mossialos & Abel-Smith (311).

характер данного продукта или его преимущества по сравнению с существующими. Однако иногда бывает трудно объективно определить преимущества с точки зрения установления цен. В течение многих лет обе страны содействовали тому, чтобы компании производили изделия, аналогичные существующим продуктам, с целью снижения цен на новые продукты.

Некоторые страны, например Греция, Ирландия и Португалия, при определении своих цен исходят из цен в других европейских странах. Италия и Нидерланды используют или планируют установить цены на основе средних цен в других странах.

Введенные во Франции в 1994 году бюджеты каждой компании, составляемые на основе поступлений, могут привести к возникновению обратной взаимосвязи между ценой и объемом продаж. Чем больше объем продаж той или иной компании, тем ниже должна быть цена. Решающее значение имеет степень учета правительством терапевтической ценности производимой компанией продукции. Поскольку сделать это трудно, то вполне может получиться так, что компании будут устанавливать цели, исходя из предыдущего объема продаж. Это может привести к тому, что компания не будет стремиться к созданию по-настоящему новаторских лекарственных препаратов, поскольку если она имеет достаточные поступления от продажи существующих продуктов, то она не будет заинтересована в производстве новых, ограничиваясь копированием. По сообщениям французской печати, компаниям было заявлено, что им будет предоставлен более благоприятный режим, если они будут инвестировать свои средства во Франции и проявят готовность производить дженерики. При этом имеется в виду, что по мере развития рынка дженериков на нем будут иметь хождение французские, а не импортные продукты.

Соединенное Королевство является единственной западноевропейской страной, в которой действует система контроля за доходами. Цены устанавливаются фармацевтической промышленностью и косвенно контролируются через Схему регулирования цен на фармацевтические препараты. Это своего рода нестатутное соглашение, заключаемое между Министерством здравоохранения и Ассоциацией британской фармацевтической промышленности (АБФП). Эта схема функционирует в различных формах с 1957 года и регулирует доходы, получаемые компаниями от продажи ими своей продукции НСЗ (314). Эта схема не охватывает дженерики. Хотя генеральное соглашение заключается между Министерством здравоохранения и АБФП, детали, касающиеся отдельных компаний, согласуются между Министерством здравоохранения и соответствующей компанией. Схема функционирует на уровне взаимодействия между той или иной компанией и НСЗ в целом, а не в связи с отдельными продуктами, определяя доходность с учетом прибыли на вложенный капитал. Для компаний, которые не располагают значительным капиталом в Соединенном Королевстве, она оценивается на основе прибыли от продажи. Использование прибыли на вложенный капитал отражает цель регу-

лирующего органа, направленную на недопущение получения фармацевтическими компаниями чрезмерных прибылей от НСЗ.

Системы базовых цен

Системы базовых цен функционируют на основе объединения аналогичных продуктов в отдельные группы и установления цены, которая будет полностью покрываться страхованием при условии совместного покрытия расходов. Использование базовой цены как основы для возмещения означает, что правительство будет оплачивать только эту конкретную цену; любое превышение должно оплачивать застрахованное лицо. Главными являются критерии, используемые для установления базовой цены. Самая первая схема, как представляется, была опробована в Новой Зеландии. В Европе первооткрывателем этой системы стала Германия, и в настоящее время она действует в отношении примерно половины общего объема расходов на фармацевтические препараты. В Нидерландах она была введена в 1991 году, а в Дании — в 1993 году и действует также в Норвегии и Швеции. В Греции, Испании, Италии и Финляндии высказывались предложения относительно введения базовых цен, которые, однако, не были реализованы.

Система базовых цен вводится в три этапа. Первый касается идентичных препаратов, а второй — эквивалентных продуктов или сочетаний. Третий первоначально определялся как охватывающий препараты, которые обладают фармацевтическим и терапевтическим сходством, но позднее был ограничен терапевтическим сходством. Трудность использования этой системы заключается в том, что при наличии действующего патента в отношении одного или более продуктов система базовых цен к ним неприменима.

В результате применения системы базовых цен в Германии расходы фондов медицинского страхования на фармацевтические препараты в первой половине 1993 года снизились на 20,6%. После первоначального сокращения ежемесячное увеличение расходов возобновилось. Еще одним результатом стал переход на назначение дорогостоящих продуктов, не охватываемых системой, например новых антибиотиков. Рекламная деятельность фармацевтических компаний содействовала развитию этой тенденции.

Система базовых цен должна быть расширена, с тем чтобы в 1989 году она охватывала 80% потребляемых препаратов, или 60% после введения позитивного перечня. Отбор в этот перечень будет производиться на основе таких критериев, как эффективность, действенность и качество, и этот перечень будет утверждаться новым органом в составе представителей фондов медицинского страхования и врачей наряду с независимыми членами. От производителей потребовали снизить цены на выпускаемые ими препараты, не охваченные системой эталонных цен, и препараты, отпускаемые только по рецепту, на 5% в течение 1993–1994 годов, и после этого цены были заморожены на два года.

В июле 1991 года в Нидерландах была введена система базовых цен на продукты, которые рассматриваются как взаимозаменяемые (с учетом любых побочных действий) в соответствии с пятью критериями и на основе заключения независимого комитета экспертов, отчитывающегося перед Ассоциацией фондов медицинского страхования. Потребление продуктов, сгруппированных таким образом, увеличилось всего на 5% в год, в то время как потребление других продуктов возросло на 20%. После этого было решено, что новые продукты, которые нельзя объединить в одну группу, не будут охватываться схемами медицинского страхования, а более старые продукты, которые не были объединены по группам, будут охвачены системой эталонных цен. Пациенты должны оплачивать все затраты, превышающие эталонную цену, и в настоящее время подлежащая выплате сумма составляет примерно восьмую часть той, которую они выплачивали сразу после введения схемы.

Дания ввела систему базовых цен в июле 1993 года. С точки зрения потребления она охватывает 20% рынка лекарственных препаратов. Группы отобранных продуктов являются идентичными с точки зрения своих химических и фармацевтических свойств. Они сгруппированы по видам расфасовки, и базовая цена устанавливается как средняя между двумя наиболее дешевыми продуктами в данной группе. Расширение системы эталонных цен за рамки таких идентичных продуктов не планируется. Ожидаемая экономия составляет не многим более 1% общего объема потребления препаратов, включая продукты, отпускаемые только по рецепту.

Замораживание цен или широкомасштабное снижение цен

Германия, Греция и Италия часто прибегают к одностороннему снижению цен. Недавно Соединенное Королевство ввело замораживание цен сроком на три года, который завершился осенью 1996 года. Испания и Италия также провели широкомасштабное снижение цен. К числу некоторых других общих для государств — членов ЕС методов контроля за ценами относятся следующие.

Одни страны, например Италия, устанавливают первоначальную продажную цену на новый продукт, а другие, например Франция, устанавливают первоначальный размер возмещения. В Соединенном Королевстве для повышения цен требуется одобрение правительства. Во Франции и Швеции на новые продукты, которые рассматриваются как конкурирующие с аналогичным существующим продуктом, устанавливается цена на 10% ниже первоначальной или последней утвержденной цены на существующий продукт. В Греции на такие продукты устанавливается цена на 14% ниже цены существующего продукта.

Еще одной формой косвенного контроля за ценами является требование правительства, чтобы в рамках всей промышленности был разработан план «возмещения» или «невзимания» конкретной суммы за конкретный год. Во Франции в 1995 году ожидалось увеличение расходов на

лекарственные средства на 8,5%, т.е. намного выше установленной цели. В результате фармацевтической промышленности было предложено сделать взнос в размере 2,5 млрд. фр. франков на условиях, согласованных с этой отраслью.

Предельные уровни расходов на продвижение и налоги на такие расходы

Во Франции введен налог на общий объем расходов на продвижение фармацевтических препаратов. Самая сложная система существует в Соединенном Королевстве, где расходы, превышающие установленный уровень, определяемый для каждой компании по соответствующей формуле, не учитываются для целей исчисления прибыли компании в рамках системы контроля за доходами.

Компании утверждают, что налоги на деятельность по продвижению товаров в целом имеют дополнительные недостатки, поскольку в худшем по сравнению с другими положениями оказываются те компании, которые начинают выпуск новых продуктов, и поэтому вынуждены тратить на маркетинг и информацию средства, превышающие средний уровень. Однако эта система может также препятствовать внедрению новых химических препаратов, не являющихся более совершенными по сравнению с существующими продуктами, поскольку компании вынуждены будут направлять допустимый объем средств на продвижение ограниченного числа продуктов.

Предельные уровни расходов

Этот аспект может оказаться ведущим по сравнению с другими мерами, такими, как система базовых цен в Германии или система контроля за доходами в Соединенном Королевстве.

В Германии в 1993 году правительство установило общий бюджет расходов на фармацевтические препараты по каждой области, охватываемой региональной ассоциацией врачей. Любое превышение этих бюджетов в размере до 280 млн. марок ФРГ врачи должны компенсировать на основе, определяемой каждой ассоциацией, а любое дополнительное превышение в размере до 280 млн. марок ФРГ должна компенсировать фармацевтическая промышленность. На следующий год вновь был установлен фиксированный бюджет. На этот раз возмещение любого превышения бюджета в размере до 280 млн. марок ФРГ возлагается только на врачей.

Во Франции правительство заключило соглашение с фармацевтической промышленностью, которое предусматривает введение контроля за объемом продаж в обмен на предоставление большей гибкости при установлении цен на некоторые медикаменты. В соответствии с этим соглашением, заключенным в январе 1994 года, будут устанавливаться национальные цели для расходов на фармацевтические препараты. На 1994 год

была установлена цель добиться повышения в размере 3,2%, что намного ниже повышения в размере 7,5% в 1993 году.

Воздействие на практику назначения врачами лекарственных препаратов

Практика назначения лекарственных препаратов рассматривается в большинстве западноевропейских стран, и в случае ее нарушения в отношении соответствующих санкционирующих органов могут приниматься такие меры, как предупреждение, последнее предупреждение или штрафные санкции. Еще один путь оказания воздействия на практику назначения лекарственных препаратов заключается в содействии использованию дженериков или разрешении использовать вместо патентованных препаратов заменяющие их дженерики. Такая политика постоянно подвергается критике со стороны фармацевтической промышленности. В рамках ЕС в целом дженерики составляли в 1992 году около 6,5% всего рынка фармацевтических препаратов, отпускаемых только по рецепту, и приносили доходы в размере примерно 2,5 млрд. долл. США (315). Более 80% этих доходов было получено на рынках четырех стран: Германии, Дании, Нидерландов и Соединенного Королевства. Потенциал использования дженериков далеко не исчерпан, и, по-видимому, будет расти. Подсчитано, что потенциальный рынок дженериков составляет 77% рынка лекарственных средств во Франции, 64% — в Германии и 63% — в Соединенном Королевстве (316).

Некоторые страны стремятся также изменить практику поведения врачей, возлагая ответственность за исполнение бюджетов, как это имеет место в Соединенном Королевстве, где ВОП правомочны стать фондодержателями, или предлагая врачам получать часть всех сэкономленных средств, как это имеет место в Ирландии. Фондодержатели, которым выделяются средства на лекарства в рамках общих бюджетов, уже могут использовать этот стимул. Кроме того, они могут по своему усмотрению использовать выделенный им бюджет на лекарственные средства, персонал и лечение.

Параллельный импорт

Параллельная торговля возникает в связи с наличием больших расхождений в ценах между западноевропейскими странами. Объем параллельного импорта пока невелик, несмотря на большие колебания в ценах.

Стимулирование инвестиций

Многие принятые меры регулирования создают возможность дискриминации в пользу национальных фармацевтических компаний, содействуя национальным инвестициям или занятости. Правительства часто

стараятся устанавливать цены на конкретные продукты с учетом других экономических выгод, которые приносит стране деятельность конкретной компании, такие, как экспорт, занятость, а также научные исследования и разработки. Такая практика не позволяет судить о достоинствах данного продукта.

Правительства конкурируют друг с другом в своем стремлении привлечь иностранные инвестиции в местное фармацевтическое производство. При этом создаются стимулы для инвестиций в форме государственной поддержки и другие стимулы, такие, как налоговые льготы или установление более низких цен на собственность.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ НАСЕЛЕНИЯ СТРАН ЦВЕ И СНГ

Большинство проблем, с которыми сталкивается фармацевтический сектор в странах ЦВЕ и СНГ, своими корнями уходит в высокий уровень централизации существовавших ранее систем снабжения с сильным упором на количественные аспекты. В результате сложилась не располагающая достаточными материальными ресурсами, плохо оснащенная, излишне специализированная, имеющая раздутые штаты и плохо скоординированная система, которая в настоящее время переживает серьезные структурные трудности. В условиях острой нехватки лекарственных препаратов и медицинского оборудования наряду с бюджетным дефицитом (который приводит к нехватке средств в больничном секторе, т.е. лекарственные средства не оплачиваются), отсутствия надлежащих механизмов возмещения расходов и ценообразования и отсутствия соответствующего законодательства и регулирования масштабы кризиса в системе снабжения фармацевтическими препаратами становятся очевидными.

В большинстве стран ЦВЕ и СНГ правительства, осознавая характер унаследованных ими проблем, предприняли серию реформ. На смену прежним концепциям централизации и упора на бюджет приходят принципы децентрализации, приватизации, обеспечения качества лечения, профессионализма и внимания более широким вопросам профилактики заболеваний, а также охраны здоровья и медико-санитарного просвещения. Однако темпы этих изменений в решающей степени зависят от наличия средств, а также от способности соответствующих министерств освободиться от некоторых аспектов своей деятельности, сохраняя при этом необходимый уровень контроля за системой снабжения лекарственными средствами.

Система снабжения лекарственными препаратами: переходный период

Внедрение рыночной системы снабжения лекарственными препаратами рассматривается в большинстве стран ЦВЕ и СНГ как необходи-

мый элемент общего процесса реформ. Решения о приватизации принимались, как правило, на раннем этапе переходного периода, в результате чего в рамках системы снабжения лекарственными средствами возникли такие формы собственности, которые были бы неприемлемы в Западной Европе. Лишь несколько стран предусматривали в своем законодательстве исключения для фармацевтического сектора, и только отдельные из них, например Туркменистан, сохранили весь сектор в руках государства. Быстрая приватизация в сочетании с отсутствием надлежащего регулирования часто вела к хаотическому и неуправляемому развитию, в результате чего складывались высокие цены, излишек импортных лекарственных препаратов, чрезмерный уровень торговой наценки и сверхвысокие доходы. Все это ограничивает доступность лекарственных препаратов для населения.

Несмотря на эти крайности, в ряде случаев создание ориентированного на рынок (частного) сектора спасало страну от острого дефицита в снабжении лекарственными препаратами. В некоторых странах СНГ снабжение местных аптек лекарственными средствами почти полностью перешло в руки частного сектора в течение одного—двух лет в результате серьезного дефицита государственного бюджета и негибкости государственного сектора. Этому способствовало снижение объемов производства лекарственных препаратов Российской Федерации, которая традиционно являлась главным поставщиком государственной структуры оптовой торговли в странах ЦВЕ и СНГ.

Процесс изменения системы снабжения лекарственными препаратами в странах ЦВЕ и СНГ проходил в несколько этапов (вставка 17). Темпы прохождения различных стран через эти этапы определялись национальными условиями и влиянием ключевых фигур в секторе. Таблица 24 иллюстрирует трудности, с которыми столкнулись государственные регулирующие органы в условиях быстрого развития частного сектора.

Функционирование государственных регулирующих органов нуждается в совершенствовании, а их потенциал — в укреплении. Трудности переживает и система распределения в связи с отсутствием финансовых средств и ее мелкомасштабной структурой. В результате упомянутого отсутствия финансовых средств и ограниченных возможностей возмещения стоимости лекарственных препаратов пациенты несут большие личные расходы. Личные выплаты в размере 50% и выше серьезно сказываются на доступности лекарственных препаратов для широких слоев населения.

Иными словами, хотя большинство правительств выразили намерение гарантировать снабжение своих граждан лекарственными препаратами независимо от их дохода и географического положения (в ряде случаев в конституции или в программном документе по вопросам обеспечения населения лекарственными средствами) цели обеспечения доступности и равенства зачастую не достигаются. Это свидетельствует как о наличии

Вставка 17. Этапы преобразования системы снабжения населения лекарственными препаратами

- Этап 1. Неявное внедрение частной собственности*
Частная собственность внедряется в систему снабжения лекарственными препаратами в порядке осуществления общих мер поощрения частных инициатив в рамках экономических реформ без последующей адаптации соответствующего законодательства.
- Этап 2. Появление ряда частных аптек*
В дополнение к существующей государственной системе появляются частные аптеки. Эти новые аптеки демонстрируют многие формы собственности (собственниками не всегда являются фармацевты), однако по большей части не соответствуют принятым стандартам.
- Этап 3. Децентрализация государственного сектора*
Приватизация может проводиться только после децентрализации старых структур и при наличии у каждой аптеки своего собственного финансового счета. В одних странах децентрализация была проведена до падения прежних режимов, а в других она только начинается.
- Этап 4. Приватизация государственного сектора*
Такая приватизация^а проводится постепенно, в зависимости от наличия средств и воли к приватизации. Во многих случаях она финансируется за счет доходов от текущей деятельности. Некоторые страны поддерживают интерес к сектору с целью гарантировать снабжение и сохраняют государственный контроль за некоторыми аптеками или предприятиями оптовой торговли.
- Этап 5. Неконтролируемое расширение рынка*
Возросшая доступность импортных лекарственных препаратов, рост цен, торговых наценок и доходов, неконтролируемая продажа лекарственных препаратов и примеры неприемлемого и безответственного поведения делают необходимым регулирование. Об этом же свидетельствуют и возникающие социальные проблемы (неравенство).
- Этап 6. Создание регулирующих органов*
Идет процесс создания органов, занимающихся вопросами поддержки, контроля и регулирования (с возложением на них функций, которые ранее выполняли министерства или

Вставка 17 (продолжение)

государственные предприятия оптовой торговли). Первоначальный упор на приватизацию уступает место инвестированию в законодательные, регулирующие и контролирующие структуры. Для осуществления этого процесса нужны специалисты в ключевых областях и средства.

Этап 7. Регулирование сектора

Идет процесс постепенного внедрения мер регулирования сектора: лицензирование, выработка минимальных стандартов, ограничение форм собственности, ограничение практики создания новых аптек, обеспечение гарантированного охвата сельских и отдаленных районов, и т.д.

^a приватизация аптек главным образом с помощью программ участия служащих в прибылях компании или ваучерных программ.

проблем в государственном секторе, так и о неспособности частного сектора (в силу самой его природы) взять на себя ответственность за реализацию этих целей.

Позиции государственного сектора

Нынешние позиции государственного сектора в системе снабжения лекарственными препаратами в экономике стран ЦВЕ и СНГ значительно хуже, чем это имело место в прошлом, когда министерства здравоохранения контролировали все поставки лекарственных препаратов и процесс компенсации. Такое ослабление было вызвано ухудшением состояния государственного сектора и его неспособностью управлять незнакомым, ориентированным на рынок сектором. Функционирование самого государственного сектора ухудшается в силу следующих факторов.

Глобальные решения по приватизации приводят к тому, что министерства здравоохранения утрачивают контроль за государственной структурой оптовой торговли (которая в ряде случаев включает обширную аптечную сеть). Иногда это приводит и к тому, что министерства не получают достаточной информации об объеме и ценах на продаваемые лекарственные препараты, и означает, что их поставки государственным учреждениям более не гарантируются.

Отсутствие финансовых средств в результате сокращения государственного бюджета и повышения уровня постановки приоритетов приводит к следующим результатам:

- недостаточное финансирование системы здравоохранения;

Т а б л и ц а 24. Развитие фармацевтического сектора в отдельных странах ЦВЕ и СНГ, март 1995 года

| Область деятельности | Страна | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| | Албания | Армения | Грузия | Таджикистан |
| Национальное законодательство в области лекарственных препаратов | Есть | Проект рассматривается | Проект рассматривается | Нет |
| Перечень основных лекарственных препаратов | Есть, но не используется | Есть | Есть | Нет |
| Регистрация лекарственных препаратов | Проводится ограниченно | Проводится | Проводится ограниченно | Проводится ограниченно |
| Лабораторный контроль качества | Нет | Введен недавно | Нет | Нет |
| Учреждение по вопросам регулирования лекарственных препаратов | Создается | Создан | Нет, самостоятельные структуры | Нет |
| Инспекция | Не функционирует | Существует, нуждается в улучшении | Не функционирует | Есть, нуждается в улучшении |
| Методические руководства по ведению рациональной фармацевтической практики (317) | Нет | Нет | Нет | Нет |

Т а б л и ц а 24 (продолжение)

| | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|-----------------|---------------------------|
| Система распределения | Функционирует ограниченно | Функционирует ограниченно | Функционирует плохо | Хаотичная | Функционирует ограниченно |
| Приватизация | Начата | Начата | Начата | Рассматривается | Начата |
| Лицензирование аптек | Проводится | Начато | Начато | – | Проводится |

Источник: Walt (318).

- недостаточное финансирование лекарственных препаратов для больниц;
- низкая заработная плата должностных лиц, что ведет к большой текучести кадров;
- переход персонала из государственных компаний в частный сектор в поисках более высокой заработной платы;
- нехватка средств на поддержание надлежащего контроля и инспекции;
- большой объем выплат больных из собственных средств и соплатежи за лекарства.

Ощущается нехватка рабочей силы и контрольно-инспекционного оборудования. Наконец, возникли трения между центральными ведомствами и децентрализованными органами в вопросах надзора за системой снабжения лекарственными препаратами.

Такое ослабление государственных органов серьезно влияет на положение государства как надежного работодателя и производителя медицинских услуг.

Неспособность государственного сектора управлять новым, ориентированным на рынок сектором можно объяснить рядом причин:

- неспособностью противостоять коммерческому давлению с целью быстрой приватизации и создания «свободного рынка» фармацевтических препаратов;
- отсутствием законодательства, регулирующего ориентированную на рынок систему снабжения;
- непониманием методов функционирования ориентированной на рынок системы;
- недостаточным знанием методов регулирования таких систем в других странах;
- отсутствием надлежащих форумов для дискуссий с представителями фармацевтической промышленности, что изолирует государственный сектор даже несмотря на профессионализм многих представителей фармацевтического сектора и готовность помочь в поиске приемлемых решений.

На первом этапе процесса перехода действия министерств здравоохранения зачастую отстают от темпов рыночных процессов, основными направлениями которых являются приватизация и перестройка.

В целом позиция государства на этапе перехода, который переживают страны ЦВЕ и СНГ, является довольно слабой. Многое зависит от влияния определенных ключевых фигур. Позднее, когда на передний план вновь выдвигаются вопросы финансирования лекарственных средств, возмещения их стоимости, составления перечней основных лекарственных препаратов или фармакологических справочников, влияние министерств здравоохранения постепенно усиливается. Тем не менее власть восстанавливается только при наличии необходимых инструментов и расширении сферы влияния министерств здравоохранения и учреждений, занимающихся контролем за лекарственными препаратами.

Позиции частного сектора

Позиции частного сектора в переходный период достаточно сильны, несмотря на определенное противодействие приватизации и зачастую довольно жесткое регулирование.

В системе снабжения лекарственными препаратами процветают частные оптовики, и быстрые темпы развития рынков порой вызывают удивление. В целом за короткое время частные оптовики, действующие в фармацевтическом секторе, отвоевали себе значительную долю рынка. Вначале действует, как правило, большое число мелких оптовиков и торговцев (и многочисленные посредники). Однако через год—два эта посредническая торговля и число оптовиков уменьшаются.

Что касается аптек, то возникли самые разнообразные виды собственности — от киосков до крупных управляемых специалистами аптек. Аптеки могут принадлежать на правах частной собственности фармацевтам, коллективам служащих, оптовикам фармацевтической продукции, врачам, правомочным выписывать рецепты, или бизнесменам из других секторов. Такое разнообразие свидетельствует о трудности ограничения прав собственности, учитывая конституционные права и отсутствие надлежащего законодательства.

Частный фармацевтический сектор в странах ЦВЕ и СНГ в целом несопоставим с западноевропейским. Это связано с тем, что его основными элементами являются следующие: высокий уровень доходов; импортные лекарственные средства; узкий ассортимент продуктов при небольшом количестве дешевых лекарственных средств; количество вместо качества; прибыль вместо разумного дохода. Этому способствует низкий уровень организации, отсутствие общих стандартов или критериев качества (подобных тем, которые предусмотрены руководящими принципами ВОЗ в отношении разумной фармацевтической практики (317) и низкий уровень ответственности за выполнение фармацевтом своей государственной функции.

Итак, внедрение в фармацевтическом секторе конкретных рычагов регулирования ведет к повышению эффективности частного сектора: наиболее вопиющие случаи исчезают, и аптеки, работающие на более высоком профессиональном уровне, укрепляют свои позиции.

Ключевые проблемные области

Политическая озабоченность, высказываемая западноевропейскими и североамериканскими консультантами, касается главным образом вопросов государственной политики и ответственности, отражая очевидную неспособность государственного сектора надлежащим образом управлять процессом реформ (см. пункты 1—4 ниже). Должностные лица стран ЦВЕ и СНГ поднимают другие вопросы, носящие более технический характер, что говорит об отсутствии надлежащих механизмов и сложности процесса реформирования фармацевтического сектора (пункты 5—9 ниже).

1. При установлении приоритетов государство зачастую в большей степени бывает озабочено проблемами приватизации, чем финансирования здравоохранения и сдерживания расходов. Это порождает неравенство, препятствует доступу к лекарственным препаратам и делает их менее доступными с точки зрения цены (большая доля совместных платежей).

2. Рынки растут очень быстро под воздействием увеличения импорта. В то же время в результате излишних назначений и обилия аптек большой объем лекарственных препаратов потребляется нерационально.

3. Темпы развития рынков превышают возможности государственно-го сектора и его деятельность, а законодательный процесс затягивается.

4. Отсутствует всеобъемлющая стратегия или национальная политика в области лекарственных средств. В некоторых странах разработана целостная стратегия для фармацевтического сектора и перспективная база для политиков, государственных должностных лиц и специалистов. Однако в связи с отсутствием политики решения принимаются от случая к случаю, что замедляет процесс реформирования.

5. Некоторые страны в соответствии со своей конституцией обязаны бесплатно обеспечивать лекарственными средствами широкие слои населения. В связи с увеличением объема импорта дорогостоящих лекарственных средств государственные расходы на лекарственные средства в странах ЦВЕ и СНГ растут намного быстрее, чем в Западной Европе. Бюджетные ограничения становятся жестче и необходимо срочно найти удовлетворительные решения.

6. Системы возмещения расходов могут ослабить бремя как для правительства, так и для пациента. Существенное значение имеет оценка потребностей, однако зачастую она не проводится должным образом и проблеме сдерживания расходов нередко уделяется мало внимания.

7. Приватизация создает возможности для самых разнообразных форм собственности, однако качество и профессиональный уровень нередко являются недостаточными. Для создания жизнеспособной промышленности по производству лекарственных средств необходимы большие капиталовложения, а также передача знаний. Для этого требуются время, хорошие партнеры и надлежащее финансирование.

8. Первостепенное значение для работников фармацевтического сектора имеет защита пациентов, проверка и контроль качества, однако решения этих проблем зачастую трудно добиться в условиях быстрого развития рынка.

9. Многочисленные проблемы создают пожертвования на благотворительные цели. Они нарушают работу системы распределения и приводят к появлению в стране ненужных лекарственных препаратов, препаратов с коротким сроком действия, новых названий и незарегистрированных лекарственных препаратов.

Все эти ключевые проблемные области влияют на достижение основной цели политики в области здравоохранения, которая заключается в

обеспечении общедоступности важнейших и отвечающих потребностям лекарственных средств. Приватизация и рост рынка позитивно сказались на обеспечении доступа. Реализации общих целей политики препятствуют неэффективные структуры распределения, высокий уровень цен, низкое качество, нехватка надлежащей информации, бюджетные проблемы и отсутствие систем возмещения расходов или медицинского страхования.

Процессы, происходящие в странах ЦВЕ и СНГ, свидетельствуют о том, что, если физическая доступность лекарственных средств для широких слоев населения возросла, то их экономическая доступность для многих слоев уменьшилась. Без надлежащего финансирования и механизмов справедливого возмещения расходов социальное неравенство в рамках быстро приватизируемых систем снабжения лекарственными препаратами будет и впредь наносить ущерб уязвимым группам населения.

Капиталовложения в здравоохранение

Одним из ключевых аспектов технологических преобразований и общего роста в секторе здравоохранения являются капиталовложения в больницы, клиники и другие учреждения. Существующая инфраструктура капиталовложений одновременно способствует сохранению нынешней системы здравоохранения и видов предоставляемых ею услуг и затрудняет такое сохранение. Точно так же нынешние инвестиции будут в значительной степени определять структуру будущих вариантов предоставления услуг.

И в бывших социалистических странах ЦВЕ и СНГ, где основная задача реформы заключается в преобразовании прежней иерархической системы, и в Западной Европе, где основными задачами являются дерегулирование, сдерживание расходов и разработка методов контроля, одним из ключевых элементов программы реформ является неудовлетворенность нынешним распределением средств и использованием технологии. Развитие и укрепление больничных услуг, альтернативных таким, как центры ПМСП и дневные центры, а также более полное использование и координация имеющихся ресурсов в больничном секторе представляют собой общие цели. Тем не менее при этом существуют серьезные различия между странами в вопросах институциональных особенностей, политики реформ и в решении конкретных организационных вопросов.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ РАМКИ

Экономисты проводят различия между капиталом, инвестицией и амортизацией. Под капиталом понимается имеющийся *запас* производственных фондов. Инвестиция, напротив, представляет собой *поток* и предполагает увеличение капитала. Амортизация — это тоже поток, свя-

занный с уменьшением объема капитала по мере использования производственных фондов. Различие между этими концепциями существенно, поскольку определяет инвестиции как исключительно важный и динамичный вид деятельности, корректирующий структуру капитала данного сектора. Эта корректировка запаса капитала с временной точки зрения происходит, как правило, очень медленно. Инвестиция, превышающая 5–10% имеющегося запаса капитала, — явление нерядовое. Поэтому для формирования нынешней инфраструктуры капитала больниц и других служб в Европе потребовалось много лет.

Уровень технологической оснащенности сферы здравоохранения можно определить, исходя из способности понять и повлиять на уровень заболеваний и предупредить их (319). Эта структура служит удобной отправной точкой для рассмотрения форм инвестиций, существовавших в прошлом, и характера капиталовложений в здравоохранение в настоящее время. На базовом уровне так называемое «нетехнологичное» медицинское обслуживание связано с лечением больных и уходом за ними. Знания о патологических процессах, как правило, поверхностные; в любом случае, возможность приостановить развитие данного заболевания невелика. В качестве примера такого ухода можно было бы привести уход за пациентами, страдающими неизлечимыми болезнями, например СПИДом, а также пациентами, страдающими незначительными заболеваниями, не требующими активного лечения, например общей простудой. Следующий уровень связан с использованием технологий среднего уровня. Он предполагает возможность подавления неблагоприятных последствий заболеваний или продления жизни, однако в связи с недостаточным знанием механизма заболевания не позволяет обеспечить полный курс лечения. В качестве примера, как правило, приводится лечение с использованием высоких технологий, например, трансплантатов органов и лечение рака или диабета. На высшем уровне, связанном с использованием высоких технологий, имеет место всестороннее понимание механизма заболевания, что создает условия для полного излечения от данной болезни или даже предупреждения ее. Хорошими примерами этого являются вакцины против многих эпидемических и других заболеваний, а также антибиотики.

Эта структура ограничивается связью между знанием механизмов заболеваний и технологиями, исключая, например, лечение травм. Кроме того, понятие «технология» определяется довольно узко и конкретно связано с пониманием характера болезни. Несмотря на указанные ограничения, эта структура служит полезной отправной точкой для обсуждения динамических связей между технологиями, расходами и капиталом в секторе здравоохранения.

ДИНАМИЧНЫЙ ПРОЦЕСС

В любой момент времени медицинские службы представляют собой сочетание различных форм технологий, основанных на современном зна-

нии и понимании характера болезней и травм. Исходя из трех вышеописанных уровней, можно сказать, что одни службы действуют без использования технологий, другие используют их частично, а третьи действуют на основе высоких технологий. Сочетание различных форм технологий напрямую связано с использованием капитала.

Однако в большинстве случаев технологические прорывы позволяют пройти путь от неиспользования технологий к частичному их использованию. Вполне вероятно, что стоимостная функция, связанная с тем или иным заболеванием, по мере увеличения знаний с уровня неиспользования технологий до уровня использования высоких технологий в большинстве случаев выражается в форме параболы (320). Это означает, что наибольшие расходы имеют место на уровне частичного использования технологий. Разумеется, новые методы лечения, которые позволяют снизить расходы на каждого пациента, могут также привести к увеличению объема предоставляемых услуг благодаря более широкому использованию данной технологии и тем самым могут вызвать увеличение общего объема расходов.

Стремясь к идеальному соотношению между инвестициями, медицинскими технологиями, фондами и реформами в секторе здравоохранения, необходимо в первую очередь быть уверенным в том, что инвестиции направляются в надлежащие фонды, т.е. что они тщательно сбалансированы между различными сферами оказания медицинской помощи. При распределении таких инвестиций следует исходить из конкретного уровня развития технологий и знаний. Если то или иное техническое достижение позволяет лечить конкретную болезнь более экономичным образом амбулаторно или даже предупреждать ее с помощью вакцин или других мер, то стационарные учреждения, где ранее пациенты проходили курс лечения, необходимо резко сократить, закрыть или использовать для других целей, а инвестиции направлять в сферу амбулаторного обслуживания или на профилактические мероприятия.

Во-вторых, инвестиции, направляемые в сектор здравоохранения, должны содействовать внедрению высоких технологий. По возможности следует избегать дорогостоящих, но неэффективных промежуточных технологий. Это также в значительной степени поможет частным производителям оборудования надлежащим образом сформировать свои бюджеты научных исследований и разработок. В-третьих, реинвестирование должно быть тщательно сбалансировано с текущими расходами с целью обеспечить поддержание основных фондов на надлежащем уровне в течение определенного времени. Отсутствие такого равновесия может вызвать проблемы двоякого рода. В том случае, если слишком большая доля имеющихся ресурсов инвестируется в новый основной капитал, то остается мало ресурсов для его текущей эксплуатации. В худшем случае не будет средств для того, чтобы приступить к тому или иному новому виду деятельности. С другой стороны, в том случае, если

инвестируется слишком малая доля имеющихся ресурсов, то основные фонды будут истощаться, что негативно скажется на качестве услуг, а возможно, и на текущих расходах.

Существующие показатели распределения основных фондов затрудняют сопоставление по странам. Имеются различия в определениях и формах предоставляемых услуг по странам; трудно определить качество; есть различия и в техническом уровне. Например, количество койко-мест является общим критерием определения потенциала больниц. При этом в одной стране эта цифра может отражать общее количество коек, используемых для длительного лечения и для неотложной помощи, а в другой эти данные могут представляться в разбивке. Койку в небольшой, недоукомплектованной персоналом и недостаточно оснащенной сельской больнице нельзя сравнивать с койкой в крупном, надлежащим образом оснащем учреждении, располагающем опытным персоналом. Кроме того, трудно непосредственно сравнивать данные, касающиеся, например, продолжительности госпитализации в Центральной, Восточной и Западной Европе, поскольку обеспечение населения медицинскими услугами определяется различным техническим уровнем.

На эффективность больничных услуг во многих странах ЦВЕ и СНГ неблагоприятно влияет низкое качество основных фондов. Во многих небольших районных больницах СНГ на каждую койку приходится не более 4–5 м². Некоторые совсем маленькие больницы имеют также низкие показатели использования коечного фонда и не располагают радиологическими службами, надлежащими системами отопления и водоснабжения.

По данным ОЭСР, средний показатель использования коечного фонда в больницах западноевропейских стран составляет 60–85%. Такие же различия, как правило, существуют на страновом уровне, если сравнивать различные типы учреждений и городские и сельские учреждения. В большинстве западноевропейских стран средняя продолжительность госпитализации намного меньше десяти дней для больниц неотложной медицинской помощи, что значительно ниже по сравнению со странами ЦВЕ и СНГ. Как уже отмечалось, такое различие отчасти связано с различиями в уровне технической оснащенности служб здравоохранения в обеих частях региона. В Западной Европе, например, повсеместное использование таких методов хирургического вмешательства, как лапаротомия, существенно снизило среднюю продолжительность госпитализации. Эти различия объясняются еще и тем, что в странах ЦВЕ и СНГ больницы в большей степени играют социальную функцию, аналогичную той, какую в Западной Европе играют другие учреждения, например частные лечебницы и службы по уходу на дому. Кроме того, больницы в Западной Европе в целом более эффективно организуют оказание услуг.

Различия в процессе накопления основных фондов в больничном секторе в различных странах отчасти можно объяснить различными географическими и структурными условиями. Эти факторы могут объяснить,

почему в Норвегии, где существуют более серьезные транспортные проблемы, чем в Швеции, число больниц в расчете на душу населения также больше. Свою роль, возможно, играют различные организационные стили. Например, сравнительно большая продолжительность госпитализации в Германии в ряде случаев объясняется тем, что оплата в них традиционно производится на основе ставки за дневное пребывание, а до 1992 года германским больницам не разрешалось вести амбулаторный прием. Во время создания в 1948 году британской НСЗ в ее ведение перешло более 3000 больниц, действовавших на основе двух различных систем: государственные больницы и частные некоммерческие учреждения. Даже в настоящее время структура больничного обслуживания в Соединенном Королевстве отчасти определяется условиями, существовавшими до 1948 года.

Процесс распределения основных фондов больниц в Западной Европе зависит от форм собственности в этой области и характера государственного регулирования. Однако почти во всех странах существует тщательно разработанная структура регулирования, в рамках которой национальные или региональные органы власти определяют направление и характер основных инвестиций в больничную сферу.

Центральным вопросом планирования является вопрос о том, какой орган контролирует средства, выделяемые для целей новых инвестиций. В западноевропейских бюджетных системах здравоохранения эту функцию традиционно выполняют национальные (Финляндия, Соединенное Королевство) или региональные (Швеция) государственные органы, которые аккумулируют средства и принимают решения об инвестициях.

Хотя в Соединенном Королевстве при проведении реформ по превращению больниц в «самоуправляющиеся трастовые компании» первоначально ожидалось, что эти самоуправляющиеся учреждения получат контроль над своими инвестициями (321), в связи с высказанной на политическом уровне озабоченностью по поводу общей потребности государственного сектора в заемных средствах был восстановлен контроль министерства финансов за кредитованием больниц. Трастовым компаниям возмещаются амортизационные издержки в рамках их текущих бюджетов, и эти средства могут направляться на покупку основного оборудования и менее дорогостоящую модернизацию.

В рамках финансирования систем здравоохранения за счет социального страхования, больницам, как правило, возмещаются амортизационные издержки из средств их бюджетов. В Нидерландах частные больницы по-прежнему могут осуществлять заимствование средств на новые проекты, а в Германии новые средства распределяются 16 землями с учетом государственных целей. В Нидерландах существуют значительные трения между министерством благосостояния, здравоохранения и культуры, которое осуществляет жесткий национальный контроль за новыми службами, оборудованием и инвестициями, а также преимущественно

частными больницами, каждая из которых контролирует собственные амортизационные фонды и заимствованные средства.

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Серьезной проблемой для всей Европы является поддержание динамичной связи между инвестициями и будущими оперативными расходами. В частном и государственном секторах процесс аккумуляции основных фондов определяют различные силы. В странах, где в отношении этой сферы действует централизованная и преимущественно государственная система управления, выделение новых инвестиций осуществляется с помощью методов централизованного планирования, как правило, в рамках процесса финансирования на основе численности населения и потенциала системы. Однако государственное финансирование не всегда отражает реальный объем инвестиций. Государственные инвестиции могут также направляться на техническое оснащение больниц, которые, например, дублируют учреждения, обслуживающие различные слои населения или профессиональные группы одного и того же городского района. В странах ЦВЕ и СНГ решения об инвестициях, принимавшиеся центральными плановыми органами, были слишком оторваны от местных условий, чтобы отражать потребности местных общин. Реформы, основанные на разделении функций финансирования и оказания услуг, изменяют характер контроля за инвестициями и могут вызвать новые проблемы в процессе координации инвестиционной политики и существующей структуры основных фондов.

В частном секторе финансовые стимулы определяют масштабы и вид инвестиций. В принципе инвестиции направляются в технологии и инфраструктуру, которые обеспечивают наибольшие прибыли. В идеале эта реакция на действие рыночных сил создает условия для эффективного использования ресурсов. Однако существуют важные причины, по которым этот принцип не всегда действует в отношении инвестиций в здравоохранение. Несовершенство рыночного механизма может ограничить действенное функционирование рынка и подтолкнуть процесс нерационального использования фондов, выражающегося в преимущественном финансировании крупных больниц и неизбирательном аккумуляции новых технологий. Нехватка информации для плательщиков затрудняет надлежащую оценку и выбор направлений инвестирования. Принцип равенства подрывается и в том случае, если распределение фондов отдается на откуп рыночным силам, особенно в районах с низким уровнем дохода или в сельских районах либо в отношении лечения определенных заболеваний.

Система оплаты медицинской помощи косвенно создает стимулы в области принятия решений как о государственных, так и частных инвестициях (320). Оплата предоставленных услуг, особенно в сочетании с

наличием пассивных плательщиков, представляющих третью сторону, и возможностью выбора для пациента, содействует повышению создаваемого медиками спроса, расширению дорогостоящих специализированных услуг и непродуманным инвестициям в новые технологии. С другой стороны, порядок составления бюджета в разбивке по статьям расходов в государственном секторе, особенно в сочетании с установлением определенных норм для конкретных услуг, в прошлом также приводило к чрезмерным капиталовложениям в больничные койки и оборудование. В ряде стран в процессе реформирования сектора здравоохранения меняется система оплаты путем установления фиксированных гонораров за предоставленные услуги, введения систем подушевой оплаты и составления глобальных бюджетов с целью повышения эффективности использования основных фондов.

Поскольку продолжающееся реформирование сектора здравоохранения может привести к появлению производителей услуг, обладающих большей самостоятельностью в регулировании своей деятельности, изменение форм собственности и управления основными фондами станет одной из важнейших задач реформ в странах ЦВЕ и СНГ. Задача заключается в повышении стимулов для предоставления эффективных услуг. В отсутствие приватизации большей независимости в вопросах управления можно добиться путем передачи контрольных функций региональным или местным органам власти либо с помощью контрактов на управление государственными учреждениями. В рамках некоторых западноевропейских систем больницы находятся в государственной собственности, но автономно финансируются с помощью глобальных бюджетов или контрактов. На действующих в таких условиях производителей услуг распространяются положения более общего характера, однако к ним предъявляются более высокие требования с точки зрения эффективного использования ресурсов. Это также содействует более тщательному планированию связей между инвестициями, основными фондами, амортизацией и оперативными расходами начиная с местного уровня.

В странах ЦВЕ и СНГ, как и в Западной Европе, в 90-е годы начался процесс слияния больниц и уменьшения их числа. С 1990 года сократилось число коек. Однако в целом ряде случаев закрытие больниц и сокращение числа коек проводилось в ограниченных масштабах в связи с трудностями политического и практического характера, вызываемыми перепрофилированием ресурсов. Важным направлением реформы является также закрытие специализированных подразделений и слияние их с учреждениями общего профиля. В Эстонии, например, некоторые родильные дома сливаются с соседними больницами общего профиля, благодаря чему повышается уровень обслуживания и увеличивается доступ к более передовым диагностическим, хирургическим и лабораторным возможностям таких больниц. Внедрение в Кыргызстане практики крат-

косрочной химиотерапии и амбулаторного лечения больных туберкулезом позволит сократить число койко-мест и в конечном итоге закрыть или перепрофилировать специализированные учреждения, в настоящее время занимающиеся лечением туберкулеза.

Правительства и другие покупатели в своих попытках контролировать инвестиции в новые технологии сталкиваются с проблемами. Направление новых инвестиций, как правило, определяется характером нынешней системы и стимулами, в результате чего дополнительные ресурсы вкладываются в области и методы лечения, и без того обладающие большим запасом основных фондов. Для того чтобы разрушить такую практику инвестирования, важным принципом реформирования сектора здравоохранения должен стать принцип достижения затратной эффективности услуг. Многие исследования демонстрируют высокую затратную эффективность ПМСП, профилактических служб и служб охраны общественного здоровья по сравнению с больничными службами. Однако затратная эффективность дополнительных профилактических программ не всегда выше, чем лечебных мероприятий. Это особенно относится к высокоразвитым странам, где на профилактические меры и так выделяется значительный объем ресурсов. Таким образом, вопрос о затратной эффективности не всегда предполагает прекращение инвестиций в больницы, но его решение может содействовать инвестициям, направленным на обеспечение надлежащего качества больничной помощи и ее доступности для обеспечения сбалансированного распределения ресурсов.

ВЫВОД

За последние несколько десятилетий основной объем инвестиций в европейском секторе здравоохранения направлялся на внедрение в больницах промежуточных технологий. В Западной Европе с ее более высоким уровнем доходов и объемом ресурсов, направляемых в сектор здравоохранения, рост коечного фонда сопровождается быстрым техническим прогрессом, что привело как к внедрению более интенсивных методов лечения, так и к увеличению расходов. В странах ЦВЕ и СНГ увеличение числа больничных коек сопровождалось более медленными темпами технического прогресса и увеличения расходов, что одновременно означало менее новаторское и отвечающее современным условиям лечение, недостаточное финансирование, низкий уровень технического обслуживания, оборудования и низкое качество услуг.

Если процесс разработки новых медицинских технологий идет быстрыми темпами, то корректировка основных фондов требует времени. С политической точки зрения уже созданные больницы и другие медицинские учреждения трудно закрыть. Поэтому инфраструктура основных фондов сектора здравоохранения в значительной степени подвержена инерции.

В условиях стабильности проблема инерции существенной роли не играет. Однако сектор здравоохранения ассоциируется с быстрыми изменениями в плане возникновения новых возможностей с точки зрения лечения и диагностики, а это в свою очередь связано с оптимальным распределением фондов. Таким образом, в процессе реформирования сектора здравоохранения следует добиваться внедрения стимулов для покупателей и производителей услуг, которые бы способствовали оптимальному решению проблем обеспечения затратной эффективности инвестиций в новые технологии. Реформы должны также стимулировать тщательное изучение действующих методов распределения фондов.

6. ЭФФЕКТИВНОЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

В конце 80-х — начале 90-х годов в процессе проведения реформ в области здравоохранения в Европе особое внимание уделялось организации и деятельности производителей услуг на микроинституциональном уровне. Данные изменения были в основном направлены на повышение как эффективности механизмов управления, так и конечных результатов оказываемой медицинской помощи. Также особое внимание уделялось программам повышения качества медицинской помощи и замене, когда это возможно, менее эффективных форм медицинской помощи на более эффективные, что требует реструктуризации как внутренней, так и внешней организации работы больниц, а также повышение потенциала сектора первичной медико-санитарной помощи. Соответствующие изменения проводятся в сфере трудовых ресурсов.

Улучшение результатов и качества медицинской помощи

Как отмечалось в главе 1, при разработке политики в области здравоохранения основное внимание традиционно уделялось финансированию медицинской помощи и организационным структурам, в рамках которых оказывается такая помощь, в то время как вопросами качества медицинской помощи в основном занимались отдельные специалисты в области здравоохранения. В настоящее время все большее признание получает тот факт, что реформы здравоохранения должны быть направлены также на повышение качества оказываемой медицинской помощи. На смену некогда почтительному отношению к мнению специалистов (особенно в области медицины) о том, каким наиболее оптимальным образом оказать медицинскую помощь, приходит растущее признание существования значительных различий в качестве, объеме и практике предоставления медицинской помощи. Первые исследования, свидетельствующие о существенных различиях в частоте многих плановых хирургических операций и их результатов, как в самих странах, так и при их сравнении (322), положили начало другой работе, показывающей, насколько сильно отличаются показания для каждого конкретного вида лечения (323). В основе этих различий лежит ряд факторов, в том числе различия в распространенности того или иного заболевания, традиционно сложившийся выбор в пользу определенных форм лечения, модели структурных и финансовых стимулов, а также клинической неопределенности относительно наиболее подходящего вида лечения в каждом конкретном случае (324).

ДВИЖЕНИЕ ЗА ПОВЫШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В последнее время такая клиническая неопределенность привела к возникновению так называемого «движения за повышение результативности медицинской помощи». Такое движение основывалось не только на растущем понимании существования значительных пробелов в знании о том, какие методы лечения являются эффективными и для кого, но также и того факта, что даже в тех случаях, когда существуют научно подтвержденные доказательства, о них зачастую либо мало кто знает, либо они не используются. Например, доказательство того, что стрептокиназа является эффективным в снижении уровня смертности от сердечных приступов (если бы полученные результаты проведенных исследований были бы соответствующим образом комбинированы) было получено за несколько лет до повсеместного использования такого лечения (325). Такое движение также основывалось на том факте, что большинство видов лечения не достигает намеченной цели, например лечение детей от экссудативного отита не смогло улучшить их слух (326). Более того, многие люди, проживающие в странах с всеобщей системой здравоохранения и страдающие такими хроническими болезнями, как катаракта или заболевание предстательной железы, не получают такого лечения, которое могло бы привести к их излечению (327). И наконец, движение за повышение результативности медицинской помощи признает важность понимания того, каким образом изменить профессиональное поведение врачей с тем, чтобы обеспечить предоставление более эффективного и квалифицированного лечения.

В своей наиболее развитой форме такое движение включает: проведение систематических обзоров имеющихся данных по отобранным темам; распространение информации о том, какие методы лечения являются эффективными и при каких обстоятельствах; разработку планов проведения научных исследований с целью заполнения информационных пробелов; а также поддержку соответствующей инфраструктуры, в том числе формирование когорты координаторов по вопросам качества медицинской помощи и подтвержденным исследовательским методом для изменения результатов в связи с процессом и структурой предоставления медицинской помощи. Данный подход отличается от традиционной модели проведения медицинских исследований, которой обычно пользуются ученые-медики.

Ряд вопросов требует особого внимания. Термин «систематический обзор» имеет особое значение, поскольку сейчас признается, что традиционные обзоры литературы зачастую вводят в заблуждение (328). Исследования, которые имеют негативные результаты, скорее всего либо не будут опубликованы, либо будут опубликованы в узкоспециализированных журналах. Такая методика, используемая при проведении отдельных

исследований, также должна приниматься во внимание. Например, если при сравнительном анализе лечения при помощи плацебо исследователи имеют информацию о курсе лечения каждым пациентом, они могут дать завышенную оценку эффективности исследуемого способа лечения. Лица, которые являются объектом проведенных исследований, не могут составить полной картины о тех лицах, в отношении которых врачам необходимо сделать медицинское заключение. Например, большинство экспериментальных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний не включали в себя женщин и лиц пожилого возраста.

Примеры систематических обзоров изменили представление о том, какие виды лечения являются эффективными, для кого и при каких обстоятельствах. Например, всеобъемлющий обзор операций при родовспоможении, проведенный Национальным институтом перинатальной эпидемиологии Соединенного Королевства, показал, что значительное число обычно используемых форм медицинской помощи, вероятно, является малоэффективным или зачастую даже вредным (Таблица 18) (329). Другие примеры касаются инициатив и обзоров ВОЗ в отношении заболеваний диабетом, профилактики соматических заболеваний и акушерской помощи (330–332).

В процессе использования различных научных дисциплин, в том числе в области клинических исследований, статистики, социологии и экономики, движение за повышение результативности медицинской помощи отличается от традиционной модели. Оно также использует целый ряд методов, среди которых: исследования, проводимые методом случайной

В с т а в к а 18. Формы акушерской помощи, признанные как неэффективные или вредные

Электрокардиография схваток плода с целью улучшения перинатальных результатов.

- Использование этилового спирта или гестагенных средств для предотвращения преждевременных родов.
- Применение клизмы и/или бритья лобка при родах и родоразрешении.
- Ректальное исследование для оценки хода протекания родов.
- Применение супинированного положения (лежа на спине) при родах.
- Обычное ограничение контакта матери с новорожденным.
- Обычный уход за новорожденными в больнице.
- Докормливание водой или питательными смесями детей, кормящихся грудью.

Источник: Enkin (329).

выборки, при которых участники обычно произвольно классифицируются либо по анализируемому методу лечения, либо по плацебо; исследования на основе результатов наблюдения, в которых используются естественные изменения коэффициента медицинских операций; качественные исследования, в ходе которых рассматриваются различные гипотезы и изучаются переменные данные, собранные в ходе проведения количественных исследований. Также здесь проводится различие между эффективностью, которая заключается в том, чтобы оценить, как будет проходить данное лечение при идеальных обстоятельствах, и действительностью и экономичностью с точки зрения затрат, которые сводятся к оценке, как данное лечение осуществляется в процессе обычной клинической практики (333–335). Данное движение является следующим поколением исследований, ориентированных на повышение качества медицинской помощи. Само по себе оно объединяет в единое целое ряд существующих программ, в том числе оценку медицинских технологий и мероприятий по обеспечению качества (336).

ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

В странах Европы существует достаточно примеров наличия различных компонентов механизма для оценки медицинских технологий. В ряде западноевропейских стран созданы организации, специализирующиеся в области оценки медицинских технологий, несмотря на широкое многообразие их конкретных структур (170). Другие организации, помимо осуществления деятельности по оценке технологий, также способствуют их соответствующему применению (335, 337, 338).

Правительство прямо или косвенно играет основную роль в разработке механизмов для оценки медицинских технологий. Все это отражает стремление обеспечить независимость консультационных механизмов от влияния коммерческих структур, поскольку особую озабоченность вызывает тот факт, что ряд исследований проводился по заказу фармацевтических компаний и компаний, занятых в области производства медицинского оборудования (339). В ряде случаев при правительствах были созданы специальные органы, такие, как Французское национальное агентство по разработке методов оценки медицинской технологии или Немецкий отдел прикладного системного анализа. В других странах такие органы были созданы на региональном уровне, например, такие, как Управление по технической оценке медицинских технологий Каталонии. При рассмотрении более децентрализованных моделей исследование проводится университетами, другими научно-исследовательскими центрами и производителями услуг (331, 335, 337, 338) на общегосударственном уровне по заказу правительства. И наконец, в ряде стран были созданы органы, которые отвечают за финансирование системы здравоохранения, например, такие, как французская *Assistance publique de Paris* или

голландская Ziekenfondsraad. В ряде других стран были созданы механизмы взаимодействия между финансирующей третьей стороной и медицинскими работниками. Среди них выделяются следующие: *Mutuelle chretienne* в Бельгии, *Kupat Holim* в Израиле, а также фонды помощи больным в Германии, Польше и Российской Федерации (Санкт-Петербург и Самара).

Данные системы призваны проводить оценку новых и уже существующих технологий, сбор и синтез полученных данных об их эффективности, проводить соответствующие аналитические исследования и распространение полученных результатов (340). Данные организации оказывают разное влияние на процесс реализации, что зачастую объясняется существованием политики по контролю за распространением технологий. Несмотря на значительные масштабы деятельности, проводимой в области оценки медицинских технологий, быстрое развитие медицинских технологий и постоянно изменяющиеся условия и контекст, в рамках которых используются данные технологии, привели к тому, что значительный объем клинической практики продолжает оцениваться неадекватно. Невозможно дать простой ответ на вопрос о том, какие меры в данном случае являются наиболее адекватными. Информация о степени контроля за распространением определенных технологий свидетельствует о существовании значительных различий (см. таблицу 25), хотя не отражает многообразия факторов, в том числе связанных скорее с финансированием системы здравоохранения, чем с деятельностью в области оценки медицинских технологий как таковых. Также при проведении сравнительных анализов иногда невозможно провести различие между оптимальными и избыточными уровнями конкретных технологий.

В ряде стран результаты оценки медицинских технологий оказывают влияние на общий состав и уровень использования высокотехнологического оборудования. Вряд ли можно согласиться с тем, что результаты оценки медицинских технологий не влияют на решения, принимаемые производителями услуг в области здравоохранения как в процессе использования медицинских технологий, так и в обеспечении качества предоставляемой медицинской помощи. Альтернативный

Т а б л и ц а 25. Количество сканеров для компьютерной томографии на миллион человек в отдельных странах в 1993 году

| Страна | Количество сканеров на миллион человек |
|-------------------------|--|
| Австралия | 20,0 |
| Германия | 16,8 |
| Швеция | 13,8 |
| Нидерланды | 11,7 |
| Канада | 9,2 |
| Соединенное Королевство | 5,8 |

Источник: Battista (341).

подход при оценке медицинских технологий заключается в том, что он предусматривает участие производителей медицинских услуг в систематическом сборе данных и их обработке путем проведения сравнительного анализа различных видов медицинской практики. Данный подход будет рассмотрен ниже.

Возможно, было бы более целесообразно рассмотреть задачи, которые должны быть решены, чем пытаться найти оптимальную структуру для системы оценки медицинских технологий. Данные задачи включают проведение систематической идентификации приоритетов с учетом национальных особенностей, а также обзор полученных результатов; заказ на проведение обзоров существующих данных и проведение фундаментальных исследований; средства обеспечения предоставления в доступной форме полученных результатов; механизмы для их распространения и реализации. Существует много форм реализации, которые включают следующие: регулирование, финансовые стимулы и образование. Выбор наиболее оптимального подхода будет зависеть от конкретных обстоятельств и от того, кому принадлежат медицинские учреждения.

Другим примером нового подхода, направленного на расширение спектра от научно-исследовательской деятельности до практического применения, является стратегия в области проведения научно-исследовательской деятельности и развития, осуществляемая в рамках британского СНЗ. Комитет по контролю устанавливает национальные приоритеты, однако его деятельность дополняется сетью вспомогательных комитетов в каждом регионе и другими центральными органами, например, такими, как центр по проведению обзоров и распространению СНЗ (342). Данный процесс также включает проведение научных исследований, поскольку службам здравоохранения необходимо обеспечить, чтобы эффективность услуг, которую они приобретают, была подтверждена соответствующими данными.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА

Сбор, синтез и распространение научных данных являются основными элементами улучшения качества медицинской помощи. В то же время требуется создание механизмов для использования имеющихся данных. Эти механизмы обычно известны как деятельность по обеспечению качества, хотя также используются другие термины, например, такие, как повышение качества и аудит.

С самого начала необходимо определить, что подразумевается под термином «качество». Существует несколько определений термина «качество». Например, Максвелл (343) предложил определять качество медицинской помощи по шести аспектам: доступность услуг, справедливость, соответствие потребностям общины, социальная приемлемость, эффективность, действенность и экономичность. В качестве компонентов обеспечения

высококвалифицированной медицинской помощи можно привести следующие: высокая степень профессионализма, основанного на существующих знаниях и технологиях, эффективное использование ресурсов, сведение к минимуму риска для здоровья пациентов, удовлетворение потребностей пациента и достижение окончательного результата — хорошее состояние здоровья пациента (344). Другие придерживались более узкой точки зрения, однако ключевым аспектом здесь является тот факт, что качество определяется на основе многих критериев. В качестве четырех ключевых критериев можно определить следующие: эффективная и своевременная помощь, эффективное использование ресурсов, удовлетворение потребностей пациента и результативность лечения. Существует четкая связь между этими критериями. Например, результатами своевременной и эффективной медицинской помощи будет являться более полное удовлетворение потребностей пациента и высокая результативность лечения. Аналогичным образом, если лечение является эффективным, то это подразумевает, что оно должно быть результативным.

Обеспечение качества включает в себя три важных критерия: оно является непрерывным, имеет различные методы измерения качества, а также проводит четкое различие между внутренними и внешними подходами к обеспечению качества (345).

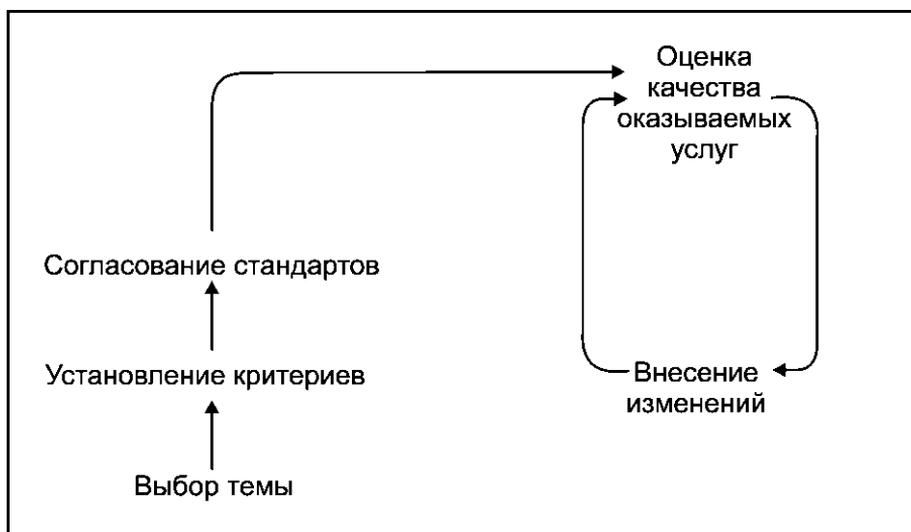
В первом критерии признается, что стратегия, направленная на улучшение качества, не может основываться на отдельных фактах. В качестве классической модели можно сослаться на аудиторский цикл (см. диаграмму 20). Он предусматривает отбор темы, установление критерия, который мог бы быть использован в процессе измерения качества (на основе оперативных данных, полученных в результате исследований), установление стандарта (реально достижимый уровень), измерение уровня, который был фактически достигнут, и сравнение такого уровня со стандартом; внесение изменений и корректировка стандарта, либо путем его повышения с целью содействовать дальнейшему улучшению качества, либо его понижение после того, как стало очевидно, что достижение первоначально установленного уровня является возможным. В конечном счете данный цикл повторяется. В практической деятельности мероприятия, указанные в качестве мер повышения качества, не всегда проходят полный цикл, и по этой причине невозможно достигнуть оптимального уровня качества.

Второй критерий указывает на то, что качество может измеряться с точки зрения структуры, процесса и результатов (347). Структура непосредственно связана с деятельностью медицинских учреждений, в том числе с такими факторами, как уровень подготовки персонала, наличие соответствующих технологий и стандарты стационарного лечения. Цель процесса заключается в том, чтобы определить, что было сделано для пациента, например, сколько времени прошло с момента постановки диагноза и начала лечения или применением соответствующих лекарственных

средств или методов лечения. Результативность свидетельствует о степени достижения предполагаемых результатов лечения. В идеальном случае любая оценка качества должна была бы основываться на полученных результатах, например, таких, насколько успешно переносят пациенты лечение или выздоравливают ли они полностью. Показатели такого процесса являются не совсем точными, что объясняется недостаточно полными знаниями о характере взаимосвязи между лечением и его результатами. Определенные трудности возникают в том случае, если в процессе обеспечения качества опираться только на такие результаты лечения, то есть невозможно определить только по результатам лечения ограниченного числа пациентов является ли низкое качество лечения результатом примененного метода лечения или тяжелым характером заболевания (348).

Несмотря на постоянное улучшение существующей методики по оценке результатов лечения и на расширение диапазона мер по определению состояния здоровья пациентов, зачастую более целесообразным и содержательным является измерение параметров самого процесса (349). В этом случае эффективность такого процесса основывается на научных данных, которые сопоставляются с положительными результатами даже в том случае, когда такой процесс трудно измерить в ходе обычной медицинской практики. Примерами показателей, на которые обычно ссылаются при определении эффективности такого процесса, являются следующие: определение того, удается ли пациентам, страдающим

Д и а г р а м м а 20. Аудиторский цикл



Источник: Black (346).

сахарным диабетом, поддерживать нормальный уровень сахара в крови, а также получают ли пациенты, страдающие сердечными приступами, стрептокиназу в течение часа после их доставки в больницу. Например, в первом случае, деятельность, координируемая ВОЗ, свидетельствует о широком различии в показателях уровня гемоглобина A_{1c} в крови, являющегося одним из показателей уровня сахара в крови при заболевании диабетом, как по странам, так и в каждой отдельно взятой стране (350). Наконец, другим методом измерения качества медицинской помощи является использование структурного критерия, например, такого, как высокий уровень квалификации медицинского персонала, что является основной предпосылкой для обеспечения высокого качества медицинской помощи. Это очень важный критерий, но сам по себе он недостаточен для определения качества медицинской помощи, и его, как правило, следует дополнять критериями оценки либо процесса, либо конечных результатов.

Третий критерий указывает на то, что могут существовать как внутреннее, так и внешние подходы к обеспечению качества. В первом случае усилия предпринимаются лицами, осуществляющими соответствующие клинические процедуры, например врачами в больнице. Они отвечают за установление критериев и стандартов и внесение изменений. При использовании внешнего подхода к обеспечению качества орган, не являющийся частью больницы, может принимать решение о создании определенных средств обеспечения качества; он может оказывать влияние на решение определенных вопросов и проводить обсуждение совокупных результатов, однако он будет мало эффективен в других целях. Преимущество внутреннего подхода к обеспечению качества заключается в том, что такой подход способствует формированию у медиков чувства сопричастности, а также он в меньшей степени допускает манипулирование результатами. Однако такой подход требует наличия определенного уровня культуры, в соответствии с которой медицинская практика должна быть открыта для критической оценки или анализа со стороны коллег. Растет число стран, в которых врачи постепенно начинают поддерживать идею о том, чтобы их медицинская практика была открыта для сравнения. Однако еще не во всех странах разделяют такую точку зрения, и многое будет зависеть от того, будет ли оказана поддержка деятельности по обеспечению качества. В европейских странах профессиональные органы сыграли ключевую роль в становлении и развитии более открытой культуры оказания медицинской помощи (351, 352).

В Регионе постепенно накапливается опыт в области осуществления политики по обеспечению и повышению качества медицинской помощи. Такая национальная политика была принята в ряде стран Западной Европы, таких, как Бельгия и Дания, в то время как многие другие страны находятся в процессе ее разработки. В ряде стран Центральной и Восточной Европы, таких, как Чешская Республика, Польша и Словения, была

разработана политика по обеспечению и повышению качества медицинской помощи, в частности в таких областях, как акушерская и перинатальная помощь. Важно отметить и тот факт, что такая политика осуществляется на основе четко разработанной стратегии реализации такой политики, включая необходимую подготовку персонала и компьютеризацию этого процесса. Во Франции, Нидерландах и Соединенном Королевстве для врачей, занятых в государственном секторе здравоохранения, участие в деятельности по обеспечению качества является обязательным, что закрепляется в их контрактах. По сравнению с 80-ми годами масштаб такой деятельности в настоящее время увеличился и включает сейчас создание национальных ассоциаций, а также, как, например, в Венгрии, государственное финансирование тех органов, которые заняты реализацией такой политики.

При реализации внешнего подхода к обеспечению качества акцент, как правило, делается на структурных показателях. Главным образом это объясняется тем, что оценка таких показателей представляет гораздо меньше проблем, чем оценка процесса или конечных результатов, хотя в существующих программах аккредитации больниц признается ограниченный характер такой оценки и предпринимаются попытки разработать дополнительные показатели для оценки процесса и конечных результатов. Типичным примером такого подхода является аккредитация больниц. Первоначально разработанный в Соединенных Штатах, процесс аккредитации внедрен уже в таких странах Западной Европы, как Франция, Нидерланды и Соединенное Королевство (353). В различных формах процесс аккредитации больниц также внедрен и в некоторых странах Центральной и Восточной Европы и СНГ, в том числе в Эстонии и Грузии. Аккредитация больниц играет важную роль для стран, стремящихся к созданию комплекса частных и государственных служб здравоохранения, поскольку это позволяет обеспечить соответствие всех медицинских учреждений согласованным минимальным стандартам качества. Однако как только будут соблюдены такие базовые стандарты, аккредитация вряд ли будет способствовать дальнейшему повышению качества предоставляемой медицинской помощи.

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Лучшее понимание факторов, лежащих в основе различий в качественных показателях медицинской помощи, часто имеет последствия для организации самой системы предоставления медицинских услуг. Во многих случаях очевидно, что изменение механизма предоставления медицинских услуг ведет к повышению эффективности, действенности и доступности медицинской помощи. Например, в ряде стран признание недостатков традиционных моделей оказания амбулаторной помощи привело

к развитию так называемых «дневных» клиник, в которых пациенты с общими симптомами проходят полное обследование за один день (354).

Однако в ряде случаев возможны исключения. В качестве примера можно привести вопрос о регионализации. В настоящее время все большее подтверждение получает тот факт, что больницы и врачи, имеющие большую медицинскую практику, получают более высокие результаты лечения, чем те, практика которых ограничена (355), хотя все еще существуют значительные расхождения во мнениях о характере взаимосвязи между объемом медицинской практики, конечными результатами и степенью, в какой были учтены другие факторы (356). В то же самое время конечные результаты могут различаться по причине местных обстоятельств. В то время, как концентрация медицинских услуг в крупных больницах может улучшить конечные результаты, это, однако, может быть достигнуто только за счет ограничения доступа пациентов к таким услугам, поскольку они живут слишком далеко от таких больниц. На практике в таких странах, как Нидерланды, Швеция и Соединенное Королевство, была принята политика централизации определенных услуг. Часто такие услуги сочетаются с дополнительными услугами, которые частично решают проблему удаленности больниц, например создание медицинских клиник-спутников. Таким образом, уделение особого внимания политике, направленной на повышение качества медицинской помощи, может привести к значительным изменениям в структуре предоставления медицинских услуг.

В ряде случаев реализация программы по обеспечению качества может оказывать влияние на предоставление медицинской помощи путем высвобождения ресурсов. В качестве примера можно привести проблему внутрибольничных инфекций, отмеченную во многих странах. В обзоре, приведенном в Соединенных Штатах, было сделано предположение о том, что реализация программы по обеспечению качества была непосредственно связана со снижением на 32% уровня инфекционных заболеваний (357). Все это ведет к сокращению времени госпитализации в больнице и снижению числа повторных обращений. Аналогичные результаты были получены и в Европе (358).

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Выработка клинических рекомендаций является способом, позволяющим увязать методы оценки технологий и обеспечения качества. Они были разработаны в качестве «рекомендаций, вырабатываемых с целью оказать влияние на заключения, принимаемые в отношении оптимальных видов лечения» (359). На основе систематического обзора фактических данных, дополняемых там, где это необходимо, мнениями экспертов, подготавливаются рекомендации по ведению конкретных патологических состояний. На сегодняшний день существует много публикаций

как о наиболее оптимальных способах разработки рекомендаций, так и о том, как ими следует пользоваться (360). В идеальном случае такие рекомендации должны разрабатываться исключительно на основе фактических данных, и в их разработке должны принимать участие практикующие врачи. Степень, в которой соблюдаются такие рекомендации, может использоваться в качестве показателя процесса обеспечения качества.

Такие рекомендации разрабатываются государственными учреждениями, организациями врачей, страховыми компаниями и прочими учреждениями. Рекомендации могут носить как произвольный, так и обязательный характер, могут быть гибкими или строгими, а также они могут предусматривать использование системы поощрений или наказаний, например финансовых штрафов. Как отмечалось выше, такие рекомендации должны разрабатываться на основе фактических данных как о качестве предоставляемой медицинской помощи (результативность), так и пожеланиях пациентов, однако данные по этим двум аспектам зачастую отсутствуют.

Результаты некоторых исследований показали, что применение таких рекомендаций само по себе является недостаточным для изменения поведения врачей (361, 362). Главная причина заключается в том, что на решения, принимаемые врачами и пациентами, оказывает влияние целый ряд факторов, например различие в подходах к риску и его восприятию, а также различие в том, какое значение придается конкретным конечным результатам (363). Важными факторами также являются использование информации, полученной от пациентов, мнение администрации лечебных учреждений, уровень подготовки медицинского персонала и разработка рекомендаций на основе научных данных на местном уровне (364).

Особая озабоченность высказывалась также в отношении расходов на разработку и распространение рекомендаций. Не следует рассматривать такую озабоченность как предполагающую, что такие рекомендации являются ненужными. Они могут быть эффективными в соответствующих обстоятельствах как часть комплексной программы по повышению качества, как отмечалось, например, в исследовании, проведенном в Нидерландах (Klazinga, N., неизданные данные, 1993 год), и в работе, касающейся качества медицинской помощи для страдающих диабетом по всей Европе.

НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ВОЗ приняла участие в разработке и осуществлении конкретной инициативы в Европейском регионе: разработка программ непрерывного повышения качества медицинской помощи (ПКМП). Такие программы предусматривают комплексный, интегрированный и динамичный подход к

повышению качества, они действуют на различных уровнях здравоохранения, и в них задействованы различные категории медицинских работников. ПКМП основана на следующих принципах: четкое определение целей повышения качества, установление, распространение и применение лучших результатов («наилучшая практика»), постоянная профессиональная самооценка и саморегулирование, а также участие в таких программах самих пациентов и представителей общины. В рамках программ ПКМП проводится сравнение конечных результатов, достигнутых в аналогичных медико-санитарных структурах, устанавливаются и распространяются примеры лучшей практики и поощряется их внедрение. Такая модель состоит из семи этапов:

1. Установление проблемы.
2. Установление приоритетов, показателей, критериев и нормативов.
3. Сбор данных.
4. Оценка качества.
5. Получение информации от производителей услуг.
6. Внесение изменений.
7. Повторная оценка и контроль за качеством.

Проводимый в настоящее время процесс, основанный на «проверке эффективности» и «получении обратной информации», не является новым в данной отрасли, и в настоящее время становится тенденцией в области здравоохранения. В Дании такие инициативы предусматривают разработку программ в области лечения рака груди, гигиены полости рта и сосудистой хирургии, а также акушерской и перинатальной помощи в Бельгии, в Чешской Республике и Словении (332, 335, 365).

Разработка национальной политики повышения качества медицинской помощи направлена на решение двух ключевых проблем, касающихся реформ в области здравоохранения: повышение эффективности лечения и повышение клинической отчетности и эффективности лечения пациентов.

В программах ПКМП ответственность за реализацию таких программ возлагается на различные категории медицинских работников и уровни здравоохранения. Процесс повышения качества можно рассматривать как механизм обеспечения непосредственного участия производителей услуг в разработке политики и принятии решений. При таком подходе предполагается, что медицинские работники наиболее оптимальным образом способны оценить и контролировать качество медицинской помощи, которую они предоставляют, и, таким образом, должны нести непосредственную ответственность за реализацию инициатив по повышению качества. Необходимость разработки программ ПКМП имеет особое значение для медицинских работников и медицинских организаций. В программе сотрудничества между Европейским форумом медицинских

ассоциаций и Европейским региональным бюро ВОЗ принцип ПКМП рассматривался как этическая обязанность медицинских работников (366).

В то время как роль медицинских работников имеет огромное значение для осуществления настоящей инициативы, ее успех будет зависеть от скоординированного подхода, в котором учитываются интересы пациентов, администрации больниц, финансирующих третьих сторон и работников государственного здравоохранения. Внедрение такой модели требует наличия широкого круга мер, способствующих развитию инициативы, включая финансовые и профессиональные стимулы, разработку информационных систем, таких, как национальные базы данных по показателям конечных результатов, справочно-информационные центры или клинические базы данных; внедрение качественных показателей; создание для производителей услуг механизмов по распространению информации и получению обратной информации; внедрение телематики и разработка соответствующего законодательства. Что касается последней меры, то, по мнению ряда наблюдателей, такое законодательство и регулирование должны ограничиваться теми областями, которые в наименьшей степени подходят для профессионального саморегулирования, например регулирование процедур рассмотрения официальных жалоб, оценка медицинских технологий или защита прав пациентов (367, 368).

Оценка конечных результатов, являющаяся неотъемлемым элементом повседневной деятельности производителей услуг в области здравоохранения, занимает центральное место в программах ПКМП. Это требует разработки информационных систем, основанных на тщательно отобранных качественных показателях. По мнению некоторых сторонников программ ПКМП, такие информационные системы должны разрабатываться в первую очередь непосредственно самими профессиональными организациями при поддержке со стороны государства или других финансирующих третьих сторон.

Кроме того, программы ПКМП предусматривают наличие скоординированного подхода с участием администрации больниц и производителей услуг на местном уровне, а также международных, национальных и региональных органов. В таких странах, как Бельгия, Дания и Словения, национальная политика в области непрерывного повышения качества медицинской помощи была разработана в сотрудничестве с Региональным бюро ВОЗ (344, 367, 370).

На международном уровне постепенно накапливается опыт в разработке наиболее оптимальных подходов к повышению качества (331, 334, 335). Значительный прогресс уже достигнут в установлении общих показателей качества в таких областях, как перинатальная и акушерская помощь, охрана психического здоровья, профилактика и лечение диабета и внутрибольничных инфекций, использование антибиотиков и гигиена полости рта. Были созданы первые европейские базы данных по общим показателям конечных результатов лечения в таких областях, как перинатальная и

акушерская помощь (371), профилактика и лечение диабета (372), гигиена полости рта (373), внутрибольничные инфекции (374) и охрана психического здоровья (375). На основе таких подходов был достигнут прогресс в таких областях, как профилактика и лечение диабета и гигиена полости рта (330).

ОПЫТ, ПОЛУЧЕННЫЙ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ В ЕВРОПЕ

Лишь в некоторых странах имеются различные компоненты здравоохранения, основанные на документированных данных, начиная с проведения исследований и распространения данных до их практического внедрения. Во многих других странах, однако, мало что еще делается в этом направлении, причем основное внимание в дискуссиях относительно политики здравоохранения по-прежнему уделяется вопросам финансирования и организации. Не следует недооценивать трудности, с которыми столкнулись страны, пытающиеся одновременно проводить реформу сектора здравоохранения и обеспечить развертывание системы здравоохранения, основанной на фактических данных. Определенные трудности связаны с их способностью к проведению таких исследований. В ряде стран создана адекватная инфраструктура для проведения клинических исследований в то время, как другие страны испытывают серьезные проблемы в связи с отсутствием информационных систем (как в больницах, в секторе первичной медико-санитарной помощи, так и в таких областях, как создание географических информационных систем). Необходимые критерии оценки конечных результатов, такие, как состояние здоровья пациентов, не всегда могут присутствовать в соответствующем языке, или культурные факторы могут ограничивать их значимость. Даже в более крупных странах разработка показателей объема выборки, которые необходимы для оценки определенных методов лечения, может предусматривать международное сотрудничество, а это в свою очередь является еще одной проблемой.

Международное сотрудничество в настоящее время достигло значительных масштабов. Такое сотрудничество уже осуществляется в рамках таких механизмов, как группа «Cochrane Collaboration», являющаяся международной сетью научных исследовательских учреждений, готовящих и проводящих систематические обзоры имеющихся данных (в частности, обеспечивающих должный учет тех исследований, которые составляются не на английском языке), а также договаривающихся о нестандартизированных методах анализа и способствующих распространению соответствующей информации (218).

Дальнейшее развитие системы современного здравоохранения связано со значительными последствиями для многих аспектов процесса предоставления услуг в области здравоохранения, в частности установление оптимальных стандартов медицинской помощи и структуры услуг. Кроме

того, отмеченные случаи как неэффективной медицинской помощи, так и недостаточного ее предоставления означают, что неспособность решить эти вопросы приведет к разбазариванию ресурсов, упущенным возможностям и, в конечном счете, к росту случаев заболеваемости и смертности, которых можно было бы избежать.

Увязывание стратегических и практических решений с непрерывным процессом оценки качества все еще продолжает оставаться относительно новой концепцией. Эффективность систем здравоохранения необходимо оценивать непосредственно путем сбора данных о конечных результатах оказанной медицинской помощи по различным специализациям врачей. В длительной перспективе система здравоохранения может внести большой вклад в процесс укрепления здоровья населения только в том случае, если мы будем располагать большим объемом информации об эффективности различных видов лечения и если такая информация будет систематически использоваться при принятии решений. Создание инфраструктуры для проведения клинических исследований и использования механизмов по внедрению полученных результатов не может рассматриваться как излишняя роскошь.

Децентрализация управления поставщиками услуг

Одной из тенденций, заслуживающей внимания в регионе, является процесс децентрализации управления институтами производителей услуг в сочетании с разработкой более эффективных механизмов их управления путем повышения уровня компетентности, внедрения усовершенствованных информационных систем и повышения уровня финансовой самостоятельности медицинских учреждений. Это отражает общую тенденцию к децентрализации, которая в ряде стран предусматривает создание рынков производителей медицинских услуг и разделение функций между покупателями и производителями таких услуг. Повышение управленческой самостоятельности и уменьшение бюрократического контроля призваны способствовать использованию более новаторских методов лечения и повышению реагирования на потребности как потребителей таких медицинских услуг, так и самих пациентов.

В целом ряде систем государственного здравоохранения в странах Западной Европы традиционная иерархия органов здравоохранения на региональном, областном/районном или местном уровнях и производителей больничных услуг уступает место более децентрализованным структурам управления. В ряде случаев они принимают форму полуавтономных неправительственных организаций или больниц, действующих на основе самофинансирования. Такие структуры были внедрены в Соединенном Королевстве, а в целом ряде других стран рассматривается вопрос

о внедрении таких структур управления. В системах социального страхования управленческая самостоятельность в больницах была усилена за последнее время за счет придания рыночного характера отношениям между страховщиком/покупателем и производителем медицинских услуг. В ряде стран ЦВЕ и СНГ ответственность за управление больницами была передана местным органам здравоохранения, и в ряде случаев они обладают полномочиями заключать договоры непосредственно со страховыми компаниями. Однако схемы самоуправления все еще находятся в начальной стадии разработки как в западных, так и в восточных частях региона. Ответность перед обществом, представительство в советах управления и юридическая ответственность являются ключевыми вопросами при разработке таких схем.

В некоторых системах здравоохранения меры по децентрализации и повышению эффективности управления больниц предусматривают участие медицинского персонала в процессе управления. Децентрализованные структуры и договорные механизмы могут быть эффективными только в том случае, если администрация больницы и производители медицинских услуг работают в тесном сотрудничестве. Такое сотрудничество поощрялось в Соединенном Королевстве и ряде скандинавских стран путем создания новых структур управления, таких, как советы клиницистов, а также путем передачи финансово-бюджетной ответственности группам клиницистов на уровне отделения или врачебной специальности.

УЛУЧШЕНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ

Одна из основных тенденций в этой области заключалась в заимствовании методов управления из другого сектора для повышения эффективности работы больниц. Такие методы включают разбивку всего процесса на этапы, повторную разработку рабочего процесса, нацеливание медицинской помощи на удовлетворение потребностей пациентов, разработку методов по повышению качества и механизмов заключения внутренних контрактов. Однако результаты оценки эффективности таких методов в большинстве случаев отсутствуют.

Вторая тенденция заключалась в разработке управленческого потенциала, в том числе в повышении общего уровня компетенции управленческого персонала в сочетании с разработкой более эффективных информационных систем для улучшения процесса принятия решений в клинической, финансовой и других управленческих областях. В ряде стран Западной Европы значительные инвестиции осуществляются в разработку информационных систем. В Великобритании, Греции, Дании, Испании и Швеции были внедрены системы, которые обеспечивают более высокий уровень местного самоуправления, включая в ряде случаев системы поощрения управленческого персонала и предоставления им права реинвестировать сэкономленные средства. Тем не менее подходы, которые

направлены на решение задач, связанных с повышением эффективности системы управления, сталкиваются с некоторыми дилеммами. Они отвлекают внимание от решения задач, связанных с повышением эффективности предоставления услуг в области здравоохранения, и вынуждают администрацию больниц заниматься скорее второстепенными, чем стратегическими изменениями в системах оказания медицинских услуг.

Изменение функций: больничные услуги, первичная медико-санитарная помощь и услуги, оказываемые на уровне общин

Характер организации и предоставления медицинской помощи на различных уровнях (в больницах, на уровне первичной медико-санитарной помощи, в общинах и на дому) все более изменяется с целью отразить новые условия как в области спроса на медицинские услуги, так и в сфере их предложения. Требования о пересмотре существующей практики находят отражение в различных факторах, в том числе необходимости сдерживания общих расходов на систему здравоохранения, ростом потребностей в ресурсах, что обусловлено эпидемиологическими изменениями, связанными с демографическими факторами, ростом ожиданий пациентов и производителей услуг. Кроме того, в таких областях, как генетика, визуализация, миниатюризация, фармацевтическое обеспечение и информация, разработаны новые технологии, оказавшие значительное воздействие на характер профилактических, диагностических лечебных методов и процедур. В настоящее время можно отметить такие тенденции, как тщательный анализ процесса использования ресурсов и растущее скептическое отношение к традиционным концепциям в отношении соответствующей роли различных медицинских учреждений. В частности, в настоящее время все чаще ставится под сомнение будущая роль больниц, что объясняется возможностями предоставления различных диагностических и лечебных услуг на других уровнях.

Адаптация систем здравоохранения с целью удовлетворения вышеупомянутых требований осуществлялась путем реализации процесса замещения²³. Данный термин может пониматься как постоянная перегруппировка ресурсов в рамках различных уровней системы здравоохранения с целью изучения наиболее оптимальных и экономичных путей решений данной проблемы с уделением должного внимания изменившимся требованиям. Другими словами, для достижения более высоких клинических, финансовых показателей и более высоких результатов обслуживания пациентов

²³ Данное выражение впервые было использовано в докладе Доккера 1988 года по Нидерландам (261), в котором процесс замещения был признан в качестве ключевого элемента политики в области реформ здравоохранения.

возможна реорганизация кадровой структуры сектора здравоохранения, системы профессиональной подготовки, улучшение системы материально-технического оснащения, разработка информационных систем и повышение эффективности деятельности медицинских учреждений.

Замещение не является новым явлением. В рамках системы здравоохранения осуществляется постоянное развитие и адаптация клинической практики и организационных структур. Одним из первых примеров процесса замещения явилась вакцинация BCG, с помощью которой удалось полностью искоренить туберкулез, лечение которого требовало значительных ресурсов. Новая методика, разработанная на основе новых технологий, полностью изменила характер участия различных категорий медперсонала и его квалификацию, методику лечения, время, место лечения и даже в некоторых случаях мотивацию применения того или иного метода лечения. Другим примером, который также может иметь важное значение, является тенденция к использованию веществ-антагонистов рецептора H_2 вместо хирургического вмешательства при лечении пептической язвы желудка. Дальнейший процесс замещения одного вида лечения другим осуществляется в настоящее время путем тестирования и постепенного искоренения язвенного пилориса.

ТИПОЛОГИЯ ПРОЦЕССА ЗАМЕЩЕНИЯ

В категорию замещения можно включить огромное число изменений и схем лечения, процедур или организационных структур. С помощью соответствующей типологии они могут быть разбиты на три категории замещения: изменение *места* предоставления медицинской помощи; внедрение *новых технологий*; изменение *комбинации различных категорий медперсонала и его квалификации/навыков*. В зависимости от различных комбинаций вышеперечисленных трех категорий могут существовать другие варианты замещения (376). В диаграмме 21 приведена структура медицинского обслуживания, в которой указаны основные звенья здравоохранения и виды замещения между ними.

В процессе замещения вторичной стационарной помощи программы оказания стационарных услуг на дому применяются все виды (А) замещения, например программа оказания стационарных услуг на дому, программы охвата предоставления больничных услуг, повышение эффективности долгосрочной медицинской помощи и проведение переливания крови и гемодиализа.

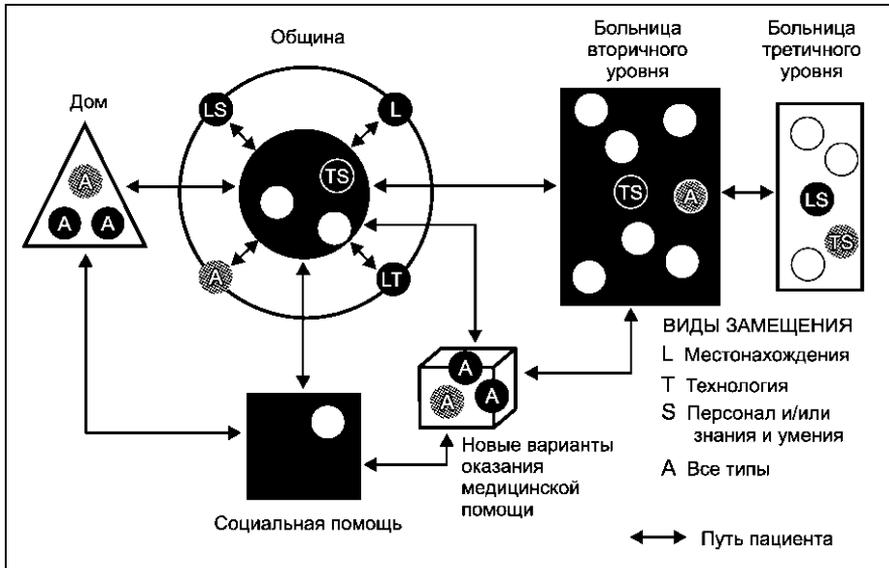
Аналогичным образом в процессе замещения первичной медико-санитарной помощи или программ оказания медицинской помощи на уровне общины на медико-санитарную помощь на дому меняются все (А) виды замещения, например программы самопомощи и использования простых диагностических средств (разработанная в последнее время технология, при которой используются моноклональные антитела).

Процесс замещения вторичной стационарной помощи и первичной медико-санитарной помощи программами оказания медицинской помощи на уровне общины может означать изменения в:

- только месте оказания медицинской помощи (L), например физиотерапия или педикюр (уход за ногами);
- в местах и технологиях оказания медицинской помощи (LT), например в отношении электрокардиографии и «лаборатории на столе»;
- в местах оказания медицинской помощи и персонале и/или его квалификации и навыках (LS), например медсестры общей практики, консультации фармацевтов на уровне общины по вопросам применения лекарственных средств, для получения которых более не требуется рецепта, протоколы совместного оказания медицинской помощи, служба охраны психического здоровья на уровне общины;
- все виды замещения (A), например ультразвуковая диагностика и генетическое тестирование, а также медицинские консультации.

Многие элементы процесса замещения, реализация которых начинается с изменения места оказания медицинской помощи, зачастую имеют более серьезные последствия. Это объясняется дополнительными

Д и а г р а м м а 21. Схема замещения различных видов медицинской и социальной помощи



Источник: Warner (376).

потребностями в наличии более высокой квалификации медицинского персонала, поскольку клиницисты имеют дело с новыми технологиями, особенно в области первичной медико-санитарной помощи и оказании медицинской помощи на уровне общины.

Как отмечалось выше, существуют доказательства того, что успешное использование процесса замещения может быть достигнуто только тогда, когда клиницисты имеют обширную практику использования таких процедур. Таким образом, сочетание места предоставления медицинской помощи и квалификации медицинского персонала (LS) имеет более важное значение в процессе замещения медицинской помощи, оказываемой в больницах вторичного уровня, на медицинскую помощь, оказываемую в больницах третичного уровня, например хирургия раковых заболеваний (377).

Медицинское обслуживание, ранее предоставляемое только в больницах третичного уровня, в настоящее время осуществляется в больницах вторичного уровня, что стало возможным после прямого замещения места оказания медицинской помощи (L), например лечение кардиологических заболеваний. Другие виды медицинской помощи, например в области гемодиализа, прошли полный спектр процесса замещения. В данном случае первичная медико-санитарная помощь также должна дополняться новыми знаниями (LS), поскольку практика проведения гемодиализа на дому находит все большее применение. Ожидается, что такие изменения будут осуществляться все чаще по двум причинам: технология становится все более мобильной и к больницам вторичного уровня переходит все больше функций, ранее считавшихся исключительной прерогативой больниц третичного уровня.

В рамках каждого места оказания медицинской помощи необходимость достижения большей эффективности лечения обуславливает замещение как технологии, так и персонала (TS). Данный вид замещения включает случаи, при которых: новый технологический процесс либо заменяет предыдущий (например микрохирургия или применение лекарственных средств вместо традиционной хирургии) или предполагает замену персонала (например в лабораторных условиях); менее квалифицированный персонал начинает выполнять функции более квалифицированного персонала (например медсестры общей практики выполняют функции врачей общей практики); становится возможной практика самопомощи (например пациенты, приобретающие лекарственные препараты без рецепта или проводящие тестирование при помощи фармацевта, вместо посещения врачей общей практики).

Во многих странах Европы еще плохо развито взаимодействие между социальной помощью и здравоохранением. Правительство многих стран пытается перераспределить функции системы здравоохранения с тем, чтобы передать часть из них службам социальной помощи, тем самым

проведя различие между процессами «лечения» и «охраны здоровья». В ряде случаев использование данного вида замещения объясняется тем, что в то время, как услуги в области здравоохранения предоставляются бесплатно, оказание социальных услуг связано с определенной формой возмещения затрат, что, таким образом, приводит к необходимости замещения частных источников финансирования на государственные. В других сферах услуги в области социальной помощи и в области здравоохранения используют одни и те же ресурсы, например оказание услуг лицам пожилого возраста.

Формулирование новых видов медицинской помощи размывает границы, которые существуют между различными аспектами системы здравоохранения. Новые виды медицинской помощи отличаются значительным разнообразием, в том числе в отношении общей помощи лицам пожилого возраста, предусматривающей оказание медицинских услуг и социальной поддержки, свободный доступ врачей общей практики к диагностическим услугам и создание самофинансируемых медицинских центров, в которых специалисты предоставляют амбулаторное лечение, например в области хирургии катаракты или лечения варикозного расширения вен.

ПОТЕНЦИАЛ ДЛЯ ПРОЦЕССА ЗАМЕЩЕНИЯ

Значительные преобразования или замещения, определенные выше, были осуществлены со временем в различных частях Европы, зачастую они были связаны с серьезными последствиями для сектора первичной медико-санитарной помощи. В качестве одного из примеров *замещения места* предоставления медицинской помощи можно привести следующий: *Sante service Vauonne et region*, начатая во Франции в 1961 году в качестве схемы по уходу на дому за больными раковыми заболеваниями, которая позднее стала включать уход за лицами пожилого возраста и/или лицами с физическими недостатками. В этой связи можно также отметить разработку схемы «предоставления медицинской помощи на дому лицам, выписавшимся из лечебных учреждений», реализация которой началась в городе Мотала, Швеция, в 1967 году в качестве инициативы «больничная койка в доме пациента» для лиц пожилого возраста; а также схему, разработанную на уровне общины, «Больница дома», реализация которой началась в Петерборо, Соединенное Королевство, в 1978 году с целью содействовать развитию процесса досрочной выписки из лечебных учреждений или снижению уровня госпитализации.

Теперь следует рассмотреть процесс *технологического замещения*. В исследовании, проведенном в Голландии (378), был определен ряд ключевых технологий, которые потенциально могли бы быть использованы в

домашних условиях. Такие технологии включают лечение методом инфузии, использование регулируемых больничных коек, наблюдение на дому за развитием беременности, вызывающей опасения, разработка системы питания для страдающих кишечными и парентеральными заболеваниями, врожденной дисплазией тазобедренного сустава, а также светолечение желтухи среди новорожденных.

Потенциальными преимуществами практики замещения являются более высокий уровень удовлетворения потребностей пациентов, высокие клинические результаты, высокая результативность лечения и применение более адекватных методов лечения для определенных видов заболеваний. Однако поскольку различные схемы практики замещения отличаются друг от друга, мы во многих случаях не располагаем достаточными данными об их влиянии на задачи медицинских служб. Более того, достоинства практики замещения могут быть уменьшены или полностью сведены к нулю, если лица, отвечающие за разработку политики в области здравоохранения, утверждают те или иные новые схемы организации медицинской помощи без координации или четкого видения стратегических целей. Слишком часто практика замещения означает лишь простое изменение места предоставления медицинских услуг без соответствующего изменения в квалификации персонала и технологии или без соответствующего перераспределения ресурсов.

Успешное использование практики замещения зависит от таких предпосылок, как всесторонний анализ существующих методов медицинской помощи в каждой стране, наличие достаточной информации о преимуществах отдельных стратегий замещения, а также четкое понимание тех изменений, которые необходимо осуществить в таких областях, как распределение ресурсов и подбор должной комбинации медицинских работников с необходимыми квалификацией и опытом. В таблице 26 указаны как трудности, связанные с реализацией процесса замещения, так и возможности для его использования в процессе реформирования системы здравоохранения, в ходе которого особое внимание будет уделяться развитию сектора первичной медико-санитарной помощи.

В процессе замещения первичной медико-санитарной помощи на вторичную помощь в финансовых подходах, используемых страховыми или финансовыми компаниями, зачастую отсутствуют соответствующие стимулы. Финансирование осуществляется скорее по принципу вложений, чем самокупаемости, в то время как во многих случаях прохождение денежных средств через различные медицинские организации не способствует налаживанию сотрудничества и координации между ними. При этом не всегда удается принять во внимание цельный и сложный характер проблем пациентов, которые и далее могут оставаться нерешенными или рассматриваться бюрократическим и неэффективным образом.

Т а б л и ц а 26. Процесс замещения: проблемы и возможности реформы здравоохранения

| Проблемы | Возможности |
|--|---|
| <p>Финансовые стимулы для замещения первичной медико-санитарной помощи на вторичную помощь недостаточны.</p> | <p>Финансирование в соответствии с потребностями пациентов. Финансирование проектов, а не самих институтов.</p> |
| <p>Финансирование связано с капиталовложениями в людские, трудовые и другие ресурсы.</p> | <p>Особое внимание уделяется мерам по реализации целей здравоохранения и социальной помощи для повышения как качественных, так и количественных показателей уровня жизни.</p> |
| <p>В процессе финансирования не отражен комплексный и сложный характер проблем пациентов.</p> | <p>Скоординированное финансирование или регулируемое предоставление медицинской помощи: переход от вертикальных к горизонтальным схемам финансирования, при которых многочисленные производители услуг работают вместе, переход от первичной и вторичной медико-санитарной помощи к добровольному сектору и социальной помощи.</p> |
| <p>Основное изменение в процессе финансирования первичной медико-санитарной помощи будет абсорбировано, однако не использовано наиболее эффективным образом.</p> | <p>Разработка системы управления сектора первичной медико-санитарной помощи, основанной на результатах исследования. Активно используется замещение внутренней рабочей силы.</p> <p>Осуществляется систематическая оценка возможностей перевода технологий и персонала из стационарного сектора в сектор первичной медико-санитарной помощи и помощи на дому.</p> <p>Размываются границы между первичной медико-санитарной и вторичной помощью.</p> <p>Особое внимание уделяется использованию навыков медсестер.</p> |

Структурная реорганизация стационарного сектора

На стационарный сектор, как правило, расходуется от 45 до 75% всех ресурсов, выделяемых на здравоохранение. Вместе с тем все больше людей начинают понимать, что иногда гораздо выгоднее заменить больничную помощь на более эффективные, с экономической точки зрения, виды медицинской помощи, что, следовательно, создает возможности для дальнейшего сокращения стационарного сектора. Ряд других инициатив также направлен на внесение изменений в этот сектор. Тенденция к субспециализации, необходимость внедрения дорогостоящих технологий, осознанное существование стран, в которых медицинская помощь предоставляется либо по географическому принципу, либо по ее уровню развития, а также необходимость снижения затрат в целом, рассматривались как факторы, способствующие снижению числа и укрупнению больниц, в которых оказывается экстренная медицинская помощь, иногда с использованием высоких технологий, с учетом большей поддержки со стороны медико-санитарной помощи или больниц обычной медицинской помощи, которые часто сравниваются с частными лечебными учреждениями.

Таким образом, лица, определяющие политику в области здравоохранения, должны решить вопросы о долгосрочной роли стационарного сектора и его будущей структуре, а также о путях реформирования системы стационарного сектора. В данном разделе рассматриваются тенденции, существующие в секторе больничного лечения, а также определенная стратегия, которая была принята или может быть принята для изменения ситуации в стационарном секторе. Стратегия по финансированию затрат в стационарном секторе является ключевым фактором любой политики, направленной на реформирование стационарного сектора, рассматриваемой в главе 5. Для разработки политики развития стационарного сектора необходимо учитывать еще два элемента анализа: организационную теорию, в соответствии с которой больницы являются довольно сложными адаптированными системами, которые реагируют неожиданным образом на изменения, происходящие вокруг них, а также определение стратегической роли стационарного сектора в общей системе здравоохранения, предполагаемые направления его развития, его общие масштабы и характер его отношений с первичной, социальной, долгосрочной и другими формами медицинской помощи.

ТЕНДЕНЦИИ В СТАЦИОНАРНОМ СЕКТОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

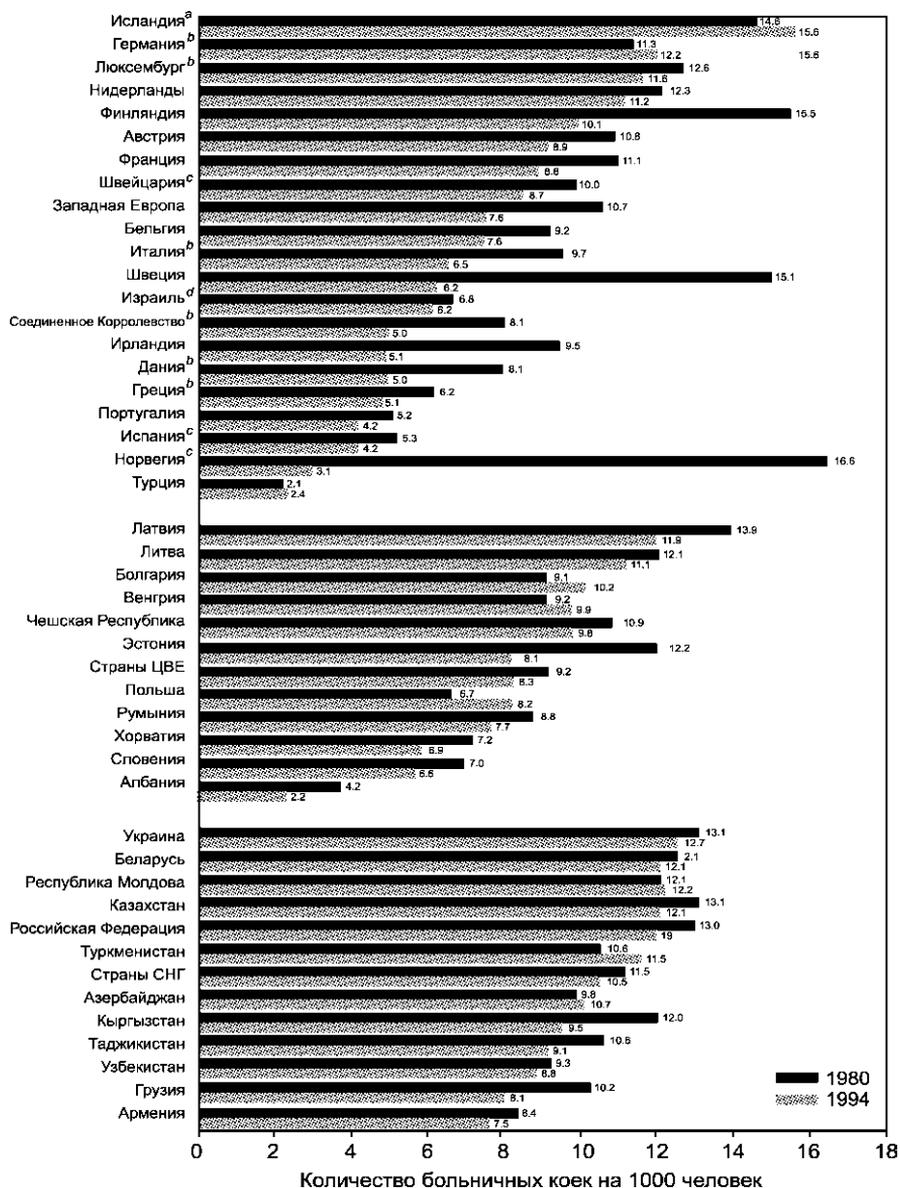
Непосредственное сравнение данных о стационарном секторе по странам является довольно затруднительным, по причине существенных различий в полноте и общих знаменателях национальных статистических

данных в данном секторе, а также его роли и методах, используемых в нем. Среди факторов, которые оказывают влияние на такие различия, можно назвать следующие: система возмещения расходов, наличие взаимосвязи между сектором первичной медико-санитарной помощи и сектором вторичной медицинской помощи, предоставление первичной медико-санитарной помощи и ее роль в качестве связующего элемента в системе здравоохранения, а также роль и доступность социальной помощи. Сравнение между западной и восточной частями региона представляется еще более сложным по причине наличия институциональных и других различий. В частности, сюда относятся такие факторы, как роль ряда больниц и число больничных коек, уровень развития сектора социальной помощи, а также общественное мнение о роли больниц.

Во всех странах Западной Европы существенно сократилось общее число больничных коек, в основном за счет сокращения числа больничных коек для срочной стационарной медицинской помощи (см. диаграмму 22). Причины таких изменений не совсем четко отражены в документах, однако, по-видимому, они свидетельствуют о влиянии таких факторов, как воздействие стратегии по сдерживанию расходов, изменения в медицинских технологиях и схемах лечения, а также изменение роли первичной медико-санитарной и социальной помощи. Кроме того, в большинстве стран был отмечен рост уровня госпитализации, сопровождающийся снижением срока госпитализации. Последняя тенденция сопровождается изменениями в системе лечения пациентов, повышение эффективности лечения, например, минимальное применение инвазивной хирургии, а также использование финансовых стимулов для снижения срока госпитализации и обеспечения того, что пациенты, которым более не требуется срочная медицинская помощь, переводятся в медицинские учреждения другого уровня.

В целом по сравнению со странами Западной Европы в странах ЦВЕ и СНГ отмечены более высокие показатели обеспечения населения больничными койками, что, в основном, объясняется большим числом сравнительно небольших больниц. Данные показатели объясняются более высокими уровнями госпитализации и более длительными периодами пребывания пациентов в больницах по сравнению с аналогичными показателями для стран Западной Европы. Несмотря на то, что в этих странах может наблюдаться более высокий уровень заболеваемости, различия в использовании и предоставлении больничных коек скорее объясняются большим доверием к больницам, предпочтениями общественности, более низким уровнем частного транспорта, а также ограниченной ролью социального сектора. Кроме того, существенной причиной такого различия в показателях госпитализации, вероятно, может являться уровень спроса, искусственно созданный поставщиками и, в ряде случаев, незначительная удаленность больниц от пациентов.

Д и а г р а м м а 22. Количество больничных коек на 1000 человек в Европейском регионе ВОЗ, 1980 и 1994 годы



Источники: OECD (48) (для Западной Европы), база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ (для стран ЕЭС и СНГ, а также для Израиля, Норвегии и Швейцарии).

Как показано в диаграмме 22 и в таблице 27, существуют значительные расхождения в показателях между странами ЦВЕ и СНГ количества больничных коек на 1000 человек. Разница между самыми высокими и самыми низкими показателями в целом не изменилась с 1980 года. Было отмечено некоторое сокращение количества больничных коек, однако такое сокращение не было повсеместным и было менее ощутимым, чем в странах Западной Европы. В ряде стран был отмечен даже незначительный рост. В целом основные изменения стали осуществляться с 1990 года (см. таблицу 27), что отразило изменения в стратегии в предоставлении больничных коек, а также преобразования в системе финансирования сектора здравоохранения. В целом, однако, в большинстве стран ЦВЕ и СНГ продолжает сохраняться значительный потенциал для дальнейшего сокращения больничных коек и закрытия целых больниц.

Как показано в таблице 28, в таких странах СНГ, как Армения, Азербайджан и Грузия, было отмечено очевидное сокращение уровня госпитализации, вероятно, по причине значительных сокращений бюджетных ассигнований на здравоохранение. Процесс, направленный на снижение срока госпитализации, продолжается, однако более медленными темпами, чем сокращение количества больничных коек. Все это свидетельствует о возможном увеличении числа занятых в данном секторе и существовании значительного потенциала для повышения его эффективности.

Стратегии в области разработки политики

В то время как существует целый ряд подходов к структурной реорганизации стационарного сектора, большинство стратегий направлены на достижение одной или нескольких следующих целей:

- общее повышение эффективности процесса оказания услуг, что, в случае успеха, приведет к снижению потребности в больничных койках и позволит осуществить преобразования в масштабе и структуре стационарного сектора, а также в системе его финансирования;
- соответствующее использование больничных услуг, что, как ожидается, приведет к снижению уровня госпитализации и спроса на больничные койки;
- изменение в структуре сети больничных услуг с целью разработки более действенной и эффективной структуры.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И СВОЕВРЕМЕННОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Подходы к повышению эффективности и своевременности предоставления услуг в области стационарной медицинской помощи можно разбить на четыре основные категории: платные услуги, стратегии по

Т а б л и ц а 27. Количество больничных коек на 1000 человек в странах ЦВЕ и СНГ, 1980–1994 годы

| Страна | Количество больничных коек | | | | Изменения | |
|--------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-----------|-----------|
| | 1980 | 1985 | 1990 | 1994 | 1985–1994 | 1990–1994 |
| Страны ЦВЕ | | | | | | |
| Албания | 4,18 | 4,01 | 4,03 | 2,77 | -31% | -31% |
| Болгария | – | 9,11 | 9,79 | 10,24 | 12% | 5% |
| Хорватия | 7,23 | 7,45 | 7,38 | 5,91 | -21% | -20% |
| Чешская Республика | 10,85 | 11,01 | 10,92 | 9,81 | -11% | -10% |
| Эстония | 12,19 | 12,27 | 11,60 | 8,35 | -32% | -28% |
| Венгрия | – | 9,61 | 9,84 | 9,92 | 3% | 1% |
| Латвия | 13,89 | 14,31 | 14,04 | 11,93 | -17% | -15% |
| Литва | 12,07 | 12,78 | 12,44 | 11,09 | -13% | -11% |
| Польша | 6,67 | 6,59 | 8,22 | – | – | – |
| Румыния | 8,78 | 8,94 | 8,92 | 7,70 | -14% | -14% |
| Словакия | – | – | 7,46 | – | – | – |
| Словения | 6,95 | 6,33 | 6,04 | 5,78 | -9% | -4% |

Таблица 27 (продолжение)

| Страна | Количество больничных коек | | | | Изменения | |
|----------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-----------|-----------|
| | 1980 | 1985 | 1990 | 1994 | 1985–1994 | 1990–1994 |
| Страны СНГ | | | | | | |
| Армения | 8,40 | 8,70 | 9,09 | 7,58 | -13% | -17% |
| Азербайджан | 9,75 | 9,90 | 10,10 | 10,06 | 2% | 0% |
| Беларусь | 12,55 | 13,07 | 13,23 | 12,42 | -5% | -6% |
| Грузия | 10,17 | 9,97 | 9,80 | 8,09 | -19% | -17% |
| Казахстан | 13,09 | 13,59 | 13,67 | 12,14 | -11% | -11% |
| Кыргызстан | 12,01 | 12,03 | 11,98 | 9,59 | -20% | -20% |
| Республика Молдова | 12,05 | 12,22 | 13,15 | 12,22 | 0% | -7% |
| Российская Федерация | – | 12,98 | 13,06 | 11,94 | -8% | -9% |
| Таджикистан | – | 10,64 | 10,69 | 9,11 | -14% | -15% |
| Туркменистан | 10,46 | 9,74 | 11,49 | 11,47 | 18% | 0% |
| Украина | – | 13,14 | 13,56 | 12,75 | -3% | -6% |
| Узбекистан | 9,18 | 11,83 | 12,48 | 8,81 | -26% | -29% |

Источник: база данных "Здоровье для всех", Европейское региональное бюро ВОЗ.

Т а б л и ц а 28. Изменения в ключевых показателях по больницам в странах ЦВЕ и СНГ, 1990–1994 годы

| Страна | Количество больниц на душу населения | Количество больничных коек на душу населения | Количество приемов на душу населения | Срок госпитализации |
|----------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------|
| Страны ЦВЕ | | | | |
| Албания | -70% | -31% | – | -33% |
| Болгария | 20% | 5% | -7% | -1% |
| Хорватия | -37% | -20% | -17% | -10% |
| Чешская Республика | 10% | -10% | 14% | -16% |
| Эстония | -6% | -28% | -3% | -18% |
| Венгрия | – | 1% | 0% | -10% |
| Латвия | -5% | -15% | -6% | -5% |
| Литва | 0% | -11% | 8% | -11% |
| Польша | – | – | – | – |
| Румыния | 1% | -14% | 5% | -10% |
| Словакия | – | – | – | – |
| Словения | 10% | -4% | 0% | -7% |
| Страны СНГ | | | | |
| Армения | -10% | -17% | -42% | 5% |
| Азербайджан | -2% | 0% | -40% | -1% |
| Беларусь | -2% | -6% | -1% | 0% |
| Грузия | -17% | -17% | -60% | 3% |
| Казахстан | -9% | -11% | -23% | 5% |
| Кыргызстан | – | -20% | -26% | 3% |
| Республика Молдова | 0% | -7% | -8% | 5% |
| Российская Федерация | -5% | -9% | -5% | 1% |
| Таджикистан | 6% | -15% | – | – |
| Туркменистан | -12% | 0% | -16% | -3% |
| Украина | 0% | -6% | 0% | 3% |
| Узбекистан | -9% | -29% | -21% | -3% |

Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

предоставлению качественной медицинской помощи, методы управления и стратегии в области повышения уровня медицинского обслуживания. Первые три категории были уже подробно рассмотрены в предыдущих разделах. Таким образом, в данном разделе основное внимание будет уделено стратегии повышения уровня качества медицинского обслуживания, включая переход на дневное обслуживание, обеспечение своевременности приема больных, ускорение процедуры выписки пациентов и применение методов оценки утилизации. Большинство из этих стратегий предусматривает либо использование процедуры замещения в стационарном секторе внедрения новых технологий или изменения комбинации различных категорий медперсонала и его квалификации, или изменение места предоставления первичной медико-санитарной помощи и оказания медицинских услуг на уровне общины, зачастую сопровождаемые процедурой замещения технологий и/или медперсонала и его квалификации/навыков.

Процедуры, касающиеся дневной медицинской помощи и снижения до минимума уровня госпитализации

В ряде стран были утверждены процедуры предоставления дневной медицинской помощи, как основного источника повышения эффективности медицинского обслуживания (171). Как ожидается, улучшения ситуации можно добиться путем сведения к минимуму применения инвазивной хирургии, а также за счет более широкого использования диагностического и сканирующего медицинского оборудования (379). Часто высказывается также мнение, что данная деятельность является лишь простой заменой стационарного лечения. Однако более интенсивное использование упомянутого оборудования потребует, по крайней мере, привлечения дополнительных ресурсов, что станет возможным только за счет дополнительного потенциала и наличия новых технологий, в частности использования эндоскопа и видеомониторного наблюдения с помощью магнитного резонанса. Кроме того, если потенциал, предоставляемый такими новыми подходами, не исчерпан окончательно, появятся новые возможности для приема большего числа пациентов как результат повышения спроса за счет расширения предоставляемых услуг. В этом случае использование новых технологий, вероятно, приведет к повышению как уровня госпитализации, так и общих расходов. Процедуры, применяемые ранее при госпитализации, теперь все чаще используются для оказания дневного медицинского обслуживания, например при восстановлении паховой грыжи, биопсии грудной клетки, экстерпации варикозного расширения вен, цистоскопии, артроскопии, мирингэктомии, холецистэктомии, перитонеоскопии и преждевременного прерывания беременности. Первые результаты свидетельствуют о том, что развитие технологий, обеспечивающих минимальную госпитализацию, требует смещения

акцента в производственной функции больниц с больничных коек на операционные, а также со стационарного лечения на уход за выздоравливающими на уровне общины.

Обеспечение своевременности госпитализации и улучшение медицинской помощи

Ключевым элементом стратегии, направленной на изменение роли больниц, будет являться комплекс подходов, призванный снизить уровень госпитализации. Естественно, успешная первичная профилактика заболеваний является перспективой снижения уровня госпитализации пациентов, страдающих теми или иными заболеваниями. Существует, однако, три типа стратегии по снижению возможной госпитализации тех, кто уже болен: замещение первичной медицинской помощью, повышение пороговых уровней госпитализации и профилактика госпитализации путем предоставления соответствующих альтернативных видов лечения.

Распространение технологии в области ПМСП (в основном, в виде фармацевтических средств) сделало возможным безопасное и эффективное регулирование растущего числа условий снижения госпитализации. Для одной группы условий ПМСП может выступать в качестве частичного замещения вторичной стационарной помощи, что, таким образом, снижает уровень госпитализации. Вопросы, касающиеся процесса замещения по разным категориям, подробно рассматриваются в следующем разделе.

Существует также возможность непосредственного снижения уровня госпитализации путем повышения ее пороговых уровней и условий для серьезных видов заболеваний, которые должны быть соблюдены прежде, чем пациент будет госпитализирован. Технологии призваны сыграть важную роль в данной области. Развитие и распространение дневной или амбулаторной хирургии являются примером снижения уровня хирургической госпитализации по причине технологического прогресса. Серьезные изменения в сфере снабжения также могут привести к снижению порогового уровня госпитализации: учитывая ограниченное количество больничных коек по причине их постоянного сокращения, клиницистам не остается ничего другого, как повысить пороговые уровни госпитализации. Клинические методы, методы управления и разработки политики могут быть специально направлены на создание таких пороговых уровней. Создание отделений для краткосрочного наблюдения за пациентами способствует отделению «пограничных» пациентов, которым не требуется госпитализация, от тех, кому она действительно необходима (за исключением пациентов с острым инфарктом миокарда) (380). Подход, предусматривающий создание отделений для краткосрочного наблюдения за пациентами, не всегда приводит к снижению уровня госпитализации (например, в случаях, связанных с заболеваниями астмой) (381),

однако и в тех случаях, когда спрос слишком высок, такие отделения могут служить лишь в качестве помещений для размещения дополнительных больничных коек. В ряде случаев профессиональная подготовка и узкая специализация медицинского персонала могут рассматриваться как факторы, способствующие снижению уровня госпитализации: например, программа подготовки старшего медицинского персонала в одной из английских больниц привела к значительному сокращению числа госпитализации детей, страдающих астмой (382). В Италии сочетание диагностического и терапевтического лечения, медицинская подготовка, представление больничных коек лицам, находящимся под наблюдением врачей, и использование финансовых стимулов для поощрения медицинского персонала привели к снижению уровня госпитализации в одной из крупнейших больниц общего профиля (383).

Третий комплекс стратегий заключается в разработке альтернативных методов лечения, которые ведут к снижению необходимости в госпитализации. Технологические нововведения или сознательные изменения в методах работы могут способствовать предоставлению услуг вне рамок больницы. Ряд подходов, которые были разработаны для снижения уровня госпитализации, предусматривает создание клиник на уровне общин, а также посещение группой врачей и медицинских сестер пациентов на дому (384). В Израиле еженедельные посещения врачом на дому пожилых пациентов, страдающих застойной сердечной недостаточностью, привели к сокращению почти наполовину ежегодного показателя госпитализации (385). В Канаде участие пожилых людей в программе предоставления медицинской и социальной помощи на дому или в домах престарелых привело к сокращению уровня госпитализации в больницах скорой медицинской помощи (386). Возможно даже использование планируемой госпитализации в отделениях, создаваемых при больницах, где пациенты ожидают оказания медицинской помощи, с тем чтобы ограничить госпитализацию пациентов пожилого возраста с хроническими симптомами в больницах неотложной медицинской помощи (387). Ежегодная диспансеризация на дому, проводимая медицинскими сестрами, специализирующимися в области ухода за людьми пожилого и старческого возраста, как в Калифорнии (388), так и в Южном Уэльсе (389), тем не менее не привели к какому-либо снижению уровня госпитализации тех пациентов, возраст которых выше 75 лет.

Некоторые подходы, указанные выше, нацелены на ограничение случаев госпитализации лиц, которым необходима неотложная медицинская помощь, однако они могут также предусматривать использование таких методов лечения, которые связаны с относительно интенсивным использованием ресурсов. Фактические данные, по которым можно провести сравнительный анализ расходов, связанных с предоставлением медицинской помощи на уровне общины, с медицинской помощью, оказываемой при госпитализации, в основном отсутствуют. Интенсивное лечение

может или не может быть более экономичным, чем госпитализация, однако даже в том случае, если такое лечение дешевле, оно не всегда приводит к экономии ресурсов, как это первоначально предполагалось.

Ускорение выписки из больницы

Существуют два основных подхода к улучшению показателей выписки и, таким образом, сокращению срока госпитализации: улучшение в сфере клинического управления, а также создание мер, направленных на ускорение выписки сразу после того, как пациент выздоровел. Такие меры, как развитие диагностических групп или других комбинированных систем лечения (Чешская Республика, Германия и Венгрия), задачи, разработанные на основе статистических данных задачи (Словакия) и/или задачи, включенные в планы по предоставлению медицинских услуг (Соединенное Королевство), могут косвенно оказывать влияние на такие два подхода. Целевые системы зачастую предоставляют значительные рамки для манипуляций и не могут способствовать разработке оптимальной практики, если установлены несоответствующие сроки госпитализации.

Значительный прогресс, по-видимому, может быть достигнут путем разработки менее подробного плана развития, при одновременном предоставлении стимулов для врачей по развитию аудита и управленческих подходов к сокращению сроков госпитализации. В качестве примера можно привести комплексную медицинскую помощь или планируемые варианты реабилитации, разработанные в Соединенных Штатах. В некоторых районах Соединенного Королевства также испытываются такие методы. Метод лечения, предписанный каждому пациенту, документируется, различные отклонения контролируются, и, как результат, достигаются определенные улучшения. Преимущество такой системы заключается в том, что она предоставляет фактическую информацию, которая имеет важное значение для медиков.

Наиболее эффективным методом для снижения спроса на больничные койки, по-видимому, является тот, который предусматривает улучшение потенциала больничной системы по выписке пациентов, которым больше не требуется предоставление услуг, оказываемых в полностью оборудованной больнице общего профиля. Как отмечается ниже, многие исследования показали, что огромное число больничных койко-дней приходится как раз на таких пациентов. Существует несколько подходов к решению такой проблемы.

Во-первых, в Дании, Ирландии, Испании (Страна Басков) и Соединенном Королевстве были внедрены схемы приходящих медицинских сестер и совсем недавно «больницы на дому». Пригодность жилых помещений для таких целей остается вопросом для многих людей в странах ЦВЕ, а также некоторых районах Западной Европы.

В Бельгии в большинстве больниц удалось перенацелить использование больничных коек из отделений неотложной медицинской помощи на сектор ухода на дому. Аналогичные меры в настоящее время рассматриваются в Венгрии. Большинство стран в настоящее время также переоснащает маленькие больницы в дома по уходу за пациентами. В Соединенном Королевстве в качестве одного из процессов размещения ресурсов был проведен регрессивный анализ, в результате которого выяснилось, что дома по уходу оказывают значительное влияние на уровни госпитализации и используемые койко-дни. Развитие сектора ухода на дому в Ирландии и Нидерландах, по-видимому, сыграло значительную роль в снижении уровня госпитализации.

В Ирландии и Соединенном Королевстве были также внедрены меры, направленные на улучшение координации между сектором здравоохранения и социальным сектором путем совместного планирования. В Дании и Швеции предусмотрены финансовые санкции за отсрочки в размещении пациентов, которым необходима социальная помощь. В странах Западной Европы проводится разделение ответственности за функционирование этих двух секторов, однако, как показывает опыт, совместное управление, как в Ирландии или в Северной Ирландии, или индивидуальная ответственность, как, например, в Венгрии, не дает гарантии более четкой координации.

И наконец, развитие системы оказания услуг на дому может быть обеспечено путем изменения системы оплаты производителям услуг.

Особая проблема, связанная с такой политикой, заключается в том, что она в основном связана с переносом расходов на индивидуальных потребителей и их семьи. Это может осуществляться либо непосредственно в виде последовательных платежей для оплаты услуг, оказываемых на дому, либо косвенным образом, когда на членов семей возлагается обязанность по оказанию определенных услуг. Рост числа женщин в рабочей силе, увеличение доли одиноких людей, а также изменение общественных перспектив значительно осложняет реализацию такой политики, особенно если «контракт» по предоставлению различных видов государственной помощи для пожилых или хронически больных людей был составлен с учетом многолетних выплат по определенной схеме государственного страхования.

Обзоры утилизации

Обзоры утилизации становятся все более популярным методом по изучению своевременности госпитализации и использования стационарных больничных коек. Такие обзоры направлены на оценку того, действительно ли госпитализация была необходима и была ли возможность оказания помощи в другой форме.

Первоначально такой метод был разработан в Соединенных Штатах в 60-е годы и впервые применен для контроля за расходами по программам

Medicare и Medicaid (390). В 1972 году федеральное правительство поручило Организации по обзору профессиональных стандартов (ООПС) проводить одновременно обзоры уровня госпитализации и срока пребывания в больнице (391). В 80-е годы такой метод получил дальнейшее развитие со стороны страховых компаний с целью повысить эффективность (392) путем сокращения сроков госпитализации, что, таким образом, позволило бы увеличить загрузку больниц, а также повысить доходы без увеличения числа больничных коек (391).

Оценки по программам ООПС содержат много противоречивых показателей. В соответствии с некоторыми исследованиями отмечалось 10–15% сокращение уровня госпитализации для стационарного лечения, в то время как другие исследования не отмечали никакого значительного влияния. Данные по сокращению расходов также характеризуются значительным расхождением. Несмотря на то, что обзоры утилизации первоначально могут привести к сокращению срока госпитализации и снижению ее уровня, их влияние может возрасти сразу после проведения обзора, однако со временем оно снижается (392).

Различия в применении результатов обзоров утилизации в других странах можно объяснить различиями, которые существуют в системе предоставления услуг в области здравоохранения и методами их финансирования. В Соединенных Штатах, например, экономические стимулы такие, как система платных услуг, а также клинические и правовые стимулы (защитная медицина), способствовали тому, что врачи стали интенсивно использовать больничные услуги (390). Это привело к внедрению системы, в соответствии с которой до госпитализации необходимо было получить соответствующее разрешение, и пациенты, которые не смогли получить такое разрешение, зачастую вынуждены были выплачивать штрафы, хотя больницы и врачи редко оштрафовывались.

В таблице 29 перечислены некоторые примеры опубликованных исследований по обзорам утилизации, а также указаны масштабы неадекватного использования больничных коек. Такие результаты также свидетельствуют о необходимости разработки более стандартизированного и эффективного подхода. Несмотря на то, что некоторые из таких механизмов уже использовались в Соединенных Штатах, возможность их применения в других системах здравоохранения еще не установлена, и их следует использовать осторожно (393, 394). Отсутствие критического подхода при использовании результатов обзоров утилизации может осложнить процесс оказания соответствующей медицинской помощи.

Увязывание инициатив

Общепризнано, что неожиданные последствия или возможности для манипуляции результатами зачастую объясняется попытками применить один и тот же набор стимулов к разным больничным системам.

Т а б л и ц а 29. Неадекватное использование больничных коек: отобранные исследования

| Исследование | Место расположения | Результаты |
|------------------------------|---|---|
| Vare <i>et al.</i> (395) | Барселона, Испания | 9,1% госпитализаций 29,2% койко-дней |
| Victor & Khakoo (396) | Центральный Лондон, Соединенное Королевство | 0,7% госпитализаций |
| Victor <i>et al.</i> (397) | Центральный Лондон, Соединенное Королевство | 14,6% госпитализаций |
| Namdaran <i>et al.</i> (398) | Эдинбург, Соединенное Королевство | 19% больничных коек для всех специализаций 33,1% больничных коек для ортопедической реабилитации лиц пожилого возраста 29,6% больничных коек для реабилитации и оценки состояния здоровья пожилых людей |
| McClaran <i>et al.</i> (399) | Монреаль, Канада | 19% больничных коек |
| Apolone <i>et al.</i> (400) | Большой Милан, Италия | 41% койко-дней для всех специальностей 12% койко-дней для хирургического лечения 20% койко-дней для кардиологии 60% койко-дней для психиатрии, гериатрии и неврологии |

Т а б л и ц а 29 (продолжение)

| Исследование | Место расположения | Результаты |
|--------------------------------|---|--|
| Hynes <i>et al.</i> (401) | Дублин, Ирландия | 46% больничных коек для всех специальностей |
| Anderson <i>et al.</i> (402) | Оксфорд, Соединенное Королевство | 62% койко-дней |
| Coid & Crome (403) | Внешний Лондон, Соединенное Королевство | 10% койко-дней для всех специальностей 22% койко-дней в общей медицине 2% койко-дней в хирургии 9% койко-дней в ортопедии |
| Popplewell <i>et al.</i> (404) | Австралия | 3,7% госпитализаций 9,2% срока пребывания в больнице |
| Seymur & Pringle (405) | Данди, Соединенное Королевство | 4,2% койко-дней для всех пациентов |
| Murphy (406) | Центральный Лондон, Соединенное Королевство | 10,2% койко-дней для пациентов в возрасте 65 лет и выше 16% койко-дней |
| Rubin & Davies (407) | Ливерпуль, Соединенное Королевство | 4,5% больничных коек |

Источник: Vase *et al.* (395).

Большинство мер, указанных выше, являются взаимодополняющими, и поэтому проблемы для лиц, занятых разработкой политики в данной сфере, заключаются во включении таких мер в комплексную систему, что может привести к повышению своевременности и эффективности стационарного сектора, однако он остается достаточно гибким для внедрения новых методов.

Несмотря на то, что сокращение сроков госпитализации и увеличение объемов дневной медицинской помощи позволяют увеличить объем услуг, оказываемых больницами, и/или сократить число больничных коек, влияние таких изменений на расходы является довольно сложным вопросом. Дальнейшее сокращение сроков госпитализации, возможно, потребует выделение дополнительных ресурсов, например, услуги терапевтов, медицинских сестер или другого персонала, специализирующегося в других областях. Кроме того, за исключением случаев сокращения сроков госпитализации, связанных с внедрением новых технологий, которые снижают зависимость пациентов (например, сведение к минимуму использование инвазивной хирургии), возрастет потребность в оказании квалифицированной помощи медицинских сестер для тех пациентам, которые проходят лечение в больнице.

За исключением тех случаев, когда сокращение больничных коек осуществляется одновременно с сокращением сроков госпитализации или внедрением мер по контролю за уровнем госпитализации, существует возможность снижения пороговых уровней госпитализации и увеличения коэффициента госпитализации. Например, изменение порогового уровня, по-видимому, объясняет частично значительное увеличение уровня госпитализации в реанимационных отделениях, отмеченное в последнее время в ряде больниц Великобритании. В этом случае больницы выписывают тех пациентов, которые имеют недорогое лечение, и заменяют их на дорогостоящих пациентов, которым необходимо предоставление целого комплекса лечения и проведения анализов. Как результат, общие расходы стационарной системы могут увеличиться.

При разработке мер по повышению эффективности стационарного сектора и снижению сроков госпитализации также необходимо принимать во внимание их воздействие на другие компоненты такой системы. В случае, если пациенты имеют высокий уровень зависимости от услуг стационарного сектора ко времени их выписки из больницы, им, скорее всего, потребуются услуги ПМСП или даже, в некоторых случаях, повторная госпитализация. Это может снизить заинтересованность или способность системы ПМСП в предупреждении случаев госпитализации. Вероятно, такая проблема еще более обостряется в тех случаях, когда существуют институциональные барьеры между различными видами системы медицинских услуг, что было отмечено, например, в ряде стран ЦВЕ, где за состоянием здоровья амбулаторных пациентов после их

выписки из больницы в основном следят врачи, которые не несли ответственности за их лечение в больнице.

Комплексный подход может привести определенной экономии средств путем сокращения сроков госпитализации или снижения числа госпитализации. Однако необходима разработка стратегии по определению возможных путей экономии средств и их перераспределению. Экономия средств невозможна в тех случаях, когда в медицинской практике и системе управления, необходимых для повышения качества предоставляемых услуг, используются передовые технологии или растет число высококвалифицированного, а значит и более дорогостоящего медицинского персонала. Установленные расходы по оказанию медицинской помощи являются высокими, и значительная доля таких расходов идет непосредственно на содержание инфраструктуры. По этой причине маргинальное сокращение больничных коек окажет незначительную помощь в экономии средств.

ИЗМЕНЕНИЕ РАЗМЕРОВ И СТРУКТУРЫ СТАЦИОНАРНОГО СЕКТОРА

В процессе изменения структуры стационарного сектора необходимо учитывать ряд вопросов. Среди них можно отметить следующие: соответствующее распределение услуг специалистов, недостаточность фактических данных для планирования деятельности сектора, установление соответствующих критериев (больничные койки или больницы) и управление процессом преобразований.

Распределение услуг специалистов

Особую озабоченность вызывает процесс распределения услуг специалистов в таких областях, как кардиохирургия, нейрохирургия, пластическая хирургия, лечение раковых заболеваний. Сложившаяся ситуация, при которой зачастую отмечается дублирование деятельности лечебных и диагностических учреждений, в основном объясняется историческими предпосылками и свидетельствует о значительных недостатках в проведении отдельных исследований, убыточной масштабной экономики и потенциально низких конечных результатов лечения.

В большинстве стран внедрены системы по контролю за приобретением дорогостоящего медицинского оборудования. В некоторых случаях такие меры контроля распространяются и на частных производителей медицинских услуг. Также создаются системы по контролю за развитием услуг специалистов, однако такие системы зачастую не располагают достаточным потенциалом для решения существующих проблем, связанных с плохим распределением услуг специалистов.

Такие системы контроля, по-видимому, не учитывают тот факт, что рынок сам по себе является достаточно эффективным механизмом

регулирования избыточного предоставления услуг специалистов или их дублирования. Действительно, неценовая конкуренция в области стационарного лечения, отмеченная в большинстве стран с рыночной экономикой, скорее всего будет способствовать развитию таких учреждений. В структурах, характеризующихся более четкой системой планирования, применяются другие стимулы, которые затрудняют процесс реструктуризации системы услуг специалистов. В данной сфере можно отметить три ключевых вопроса.

Услугам специалистов зачастую уделяется повышенное внимание, и они пользуются высоким уровнем государственной поддержки, что ведет к созданию политических барьеров, препятствующих процессу.

Рационализация таких услуг зачастую требует существенных капиталовложений в те больницы, которые отобраны в качестве объектов для централизации, что в свою очередь приведет к снижению дотаций других больниц. Это означает, что больницам необходимо получить доступ к дополнительному финансированию или иметь возможность планировать дотации на долгосрочную перспективу с целью иметь возможность распределить эксплуатационные расходы. Отсутствие такого типа «банковского» регулирования является особой проблемой в ряде стран европейского региона.

Больницы общего профиля покрывают значительную часть накладных расходов за счет услуг специалистов. В случае закрытия учреждения потребители и/или владельцы могут испытывать трудности с заменой этих фондов за счет полученной прибыли. Это означает, что либо под угрозу будет поставлена жизнеспособность всей больницы, либо возрастут общие расходы для потребителей.

Недостаточность фактических данных

Значительные пробелы отмечены в фактических данных, необходимых для осуществления планирования деятельности в стационарном секторе. Например, существует неясность в отношении различных видов экономики, касающихся масштабного предоставления медицинской помощи. Если масштабный подход имеет ряд значительных преимуществ, то централизация стационарных услуг (в зависимости от соображений доступности) была бы важным направлением политики. Однако было проведено несколько крупных исследований по влиянию масштабного фактора на эффективность медицинской помощи. Трудности, связанные с получением сравнительной информации о затратах и оценке конечных результатов, а также с выбором оптимального уровня при проведении анализа, т.е. вся больница или конкретное отделение, оказали негативное влияние на результаты проведенных исследований в данной области. Полученные результаты анализа настолько сложны, что их трудно соотнести с политикой, применяемой на местном уровне (408).

Также необходимо устранить пробел в определении взаимосвязи между качеством конечных результатов и объемом проделанной работы (377, 409). Было получено несколько положительных результатов в этой области (355, 410–417), хотя взаимосвязь оказалась не такой сильной, как это можно было предположить, а в ряде случаев она вообще отсутствует (418). Проблема, с которой сталкиваются лица, занятые разработкой политики, или потребители услуг в области здравоохранения, заключается в том, что хотя существует интуитивная связь, в отсутствии конечных данных, соотнесенных с оценкой риска, трудно требовать внесения изменений на примере каждой отдельной больницы. Установление того, является ли такая взаимосвязь компетенцией какого-либо конкретного врача или компетенцией всего медицинского учреждения, представляет еще одну проблему (419–421). И наконец, некоторые потребители медицинских услуг согласны подождать или потратить больше времени на поездку, для того чтобы получить более качественное медицинское обслуживание.

Несмотря на обширную литературу об эффективности медицинских услуг, существует еще мало научных данных о компонентах эффективного управления стационарным сектором. Также отсутствует согласованное определение того, что является эффективной больницей. Существуют также веские основания сомневаться в том, можно ли использовать примеры прекрасного медицинского обслуживания, взятые из общей теории управления, на всех, за исключением наиболее поверхностного, уровнях. Администрация больниц и потребители больничных услуг имеют недостаточное представление о механизмах, призванных преобразовать систему оказания больничных услуг.

И наконец, последний пробел, который необходимо устранить, существует в знаниях о воздействии передовых технологий на метод оказания медицинской помощи. Развитие технологий может активизировать процесс централизации в связи с потребностью в дорогостоящем оборудовании, или оно может способствовать широкому распространению целого ряда технологий, которые в настоящее время использовались только в центральных больницах (422). Хотя существует обширная литература по оценке технологий, вопросы того, как технология будет использована и, в частности, каково будет воздействие в более общем плане некоторых технологических разработок, еще мало изучены. Это относится не только к новым медицинским технологиям (например молекулярная медицина и сведение к минимуму применения инвазивных методов лечения), но и к развитию информатики, в том числе установление диагноза на расстоянии, повышение уровня информированности в области самопомощи и телемедицины.

Незначительная, однако постоянно увеличивающаяся литература о будущем больниц предсказывает, что их будет меньше, они будут более

крупные, высокотехнологичные, обслуживающие значительное число населения, возможно, при содействии больниц, действующих на уровне общин, амбулаторных центров, ПМСП и помощи на дому. Данная модель может также включать в себя регионализацию лечения основных видов травм. Однако наличие других моделей еще не обсуждалось, и, возможно, необходимо развитие высокоплюралистичной системы организации больниц с целью отразить различные культуры, медицинские модели и географический охват. Расходы и преимущества альтернативных методов оказания неотложной медицинской помощи еще не полностью изучены, и существует опасность того, что будут делаться безоглядные заявления о преимуществах больниц на дому, дневного медицинского обслуживания, увеличения числа больничных коек и других альтернативных вариантов, а также на их основе будут приниматься решения, которые не подтверждены убедительными фактическими данными об их истинных возможностях.

Больничные койки или больницы: что из них является правильным ориентиром?

Большинство методов замещения направлено на снижение использования больничных коек. Больничные койки или даже больничные палаты, однако, не могут являться адекватными критериями для проведения анализа при формулировании политики. Наиболее логичным критерием в этом случае были бы сами больницы. Здесь необходимо рассмотреть следующие ключевые вопросы.

По крайней мере 30% расходов больниц связаны с эксплуатацией зданий и других стационарных структур. Значительная доля дополнительных расходов увязана с «неделимыми» активами, а также с персоналом, количество которого, в лучшем случае, только косвенным образом указывает на число больничных коек.

В ряде случаев больничные койки, указанные в статистических данных, могут существовать только на бумаге, или могут вообще не использоваться. В ряде стран ЦВЕ и СНГ значительное число больничных коек можно было бы сократить с незначительным ущербом для потенциала системы, поскольку с технической точки зрения они могут существовать, однако по сути они либо не используются, либо отсутствует персонал для их обслуживания.

Постоянные незначительные сокращения количества больничных коек могут негативно сказаться на моральном состоянии медицинского персонала, в частности в эффективных больницах, которые могут оказаться не подготовленными для дальнейшей экономии средств.

Тем не менее для оптимизации расходов в больничном секторе требуется скорее закрытие целых больниц, чем внесение незначительных корректировок в общую численность больничных коек.

Управление процессом преобразований

История управления процессом преобразований в стационарной системе не слишком обнадеживает. Одной из важнейших причин этого являются политические и финансовые издержки, связанные с закрытием больниц. В ряде систем это еще более осложняется отсутствием банковского регулирования или неспособностью к накоплению резервов, что ведет к возникновению проблем с покрытием крупных единовременных расходов, таких, например, как капиталовложения или выплата компенсаций при сокращении штатов. Другой проблемой является укorenившаяся в общественном мнении важная роль, которую играют больницы, поэтому даже незначительные преобразования в этой сфере ставятся под вопрос.

В ряде стран отсутствует ясное понимание того, кто должен возглавить процесс преобразований в стационарном секторе. Создание страховых фондов в ряде стран ЦВЕ, а также сложные взаимоотношения между этими органами, министерствами здравоохранения, владельцами, министерствами финансов и парламентом приводят к тому, что некоторые учреждения начинают считать, что именно они должны возглавить данный процесс. Организации, которые осуществляют контроль за функционированием механизмов по осуществлению преобразований, зачастую не имеют четкой политики для содействия им в определении того, какими должны быть данные преобразования.

История развития движущих сил процесса преобразований в стационарном секторе также недостаточно изучена, и, хотя и существует несколько интересных разработок в области политики и проведения экспериментов, они зачастую либо недостаточно оценены, либо незадокументированы. Такие разработки включают следующие вопросы: получение поддержки в процессе преобразований со стороны ключевых акционеров; развитие механизмов по поддержанию связей с общественностью, объяснение причин необходимости осуществления таких преобразований, а также подходы к управлению процессом преобразований. Все это будет более подробно обсуждаться в главе 7 в контексте реализации реформирования системы здравоохранения.

УКРЕПЛЕНИЕ ПРОЦЕССА ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИТИКИ В СТАЦИОНАРНОМ СЕКТОРЕ

Процессу разработки политики в стационарном секторе в Европе способствовало бы наличие крепкой теоретической базы. Вероятно, требуется сочетание рыночных и плановых механизмов, включающих в себя как структуру спроса, так и структуру предложения в данной системе. Существует мало примеров того, когда можно полагаться только на один

инструмент формирования политики, например такой, как система возмещения. В таблице 30 приведено краткое описание подходов к процессу преобразований стационарного сектора.

Несмотря на недостаточность фактических данных, по-видимому, потребуется разработать ряд дополнительных элементов формирования политики с целью обеспечения последовательного и реального характера стратегии преобразований в стационарном секторе. Такими элементами являются следующие:

- четкая и недвусмысленная ответственность за полное управление процессом преобразований не только на государственном уровне, но также и на уровне самих больниц;

Т а б л и ц а 30. Стратегические подходы к преобразованию стационарного сектора

| Применительно к спросу | Применительно к предложению |
|--|---|
| <p>Косвенные механизмы</p> <p>Совместное покрытие медицинских расходов</p> | <p>Косвенные механизмы</p> <p>Система оплаты труда медицинских работников Рынки производителей медицинских услуг Покупка медицинских услуг на основе фактических данных</p> |
| <p>Управление спросом</p> <p>Обзоры, посвященные таким параметрам, как уместность и использование больничных услуг Лечение болезней Стратегии замещения на уровне первичной, социальной и домашней помощи, а также помощи на уровне общины Профилактические стратегии, включая самопомощь и первичную медико-санитарную помощь</p> | <p>Изменение характера медицинского обслуживания</p> <p>Развитие управленческого потенциала Методы управления деятельностью Программы, направленные на снижение расходов/повышение результативности Протоколы проведения лечения Методы повышения качества</p> |
| | <p>Планируемые подходы</p> <p>Заккрытие больниц Структурная реорганизация стационарного сектора</p> |

- четкие финансовые и управленческие цели для стационарного сектора, в том числе стимулы для руководящего персонала и клиницистов для повышения эффективности больниц и осуществления других преобразований в системе управления;
- предоставление возможности руководящему составу изучать положительный опыт других, а также создание систем для распространения информации об успешных инициативах по повышению эффективности;
- разработка четкого бюджета для стационарного сектора с определением соответствующих финансовых задач (для этого потребуется их сочетание с другими задачами в области деятельности больниц);
- если цели намечены, то обеспечить, чтобы разрабатываемая политика допускала внесение новаторских идей и поощряла поиск путей повышения эффективности;
- установление целого ряда чувствительных комплексных задач по улучшению таких аспектов, как сроки госпитализации, дневная медицинская помощь, уровень госпитализации и т.д., а также обеспечение реализации комплексного подхода к процессу постановки таких задач и их реализации;
- создание системы управления деятельностью больниц с соответствующей системой финансовых санкций и поощрений, и в таком контексте предусмотреть положения, по которым тем учреждениям, деятельность которых не является эффективной, не будет оказываться помощь;
- разработка стратегии по реализации и улучшению интеграции между больницами, ПМСП и социальной помощью;
- разработка плана по предоставлению информации о реальных затратах и издержках при рассмотрении вопроса о сокращении больничных коек (во многих случаях закрытие целых учреждений или больниц может оказаться более эффективным, чем сокращение числа больничных коек);
- разработка подхода к устранению нарушений в области снабжения, а также распространение услуг специалистов;
- разработка методов по осуществлению процесса реализации, включая разработку стратегии по налаживанию связей и оказанию поддержки в области набора вспомогательного персонала, в частности из числа медицинских работников;
- обеспечение адекватного финансирования процесса реализации, в том числе предоставление вспомогательного финансирования;
- разработка альтернативного плана по решению вопросов, связанных с непредвиденными обстоятельствами, возникающими в ходе стратегических преобразований.

Новая роль для сектора первичной медико-санитарной помощи

Кратко можно отметить четыре стратегических элемента ПМСП, указанных в Алма-Атинской декларации (423):

- необходимость ориентации услуг в области здравоохранения таким образом, чтобы ПМСП являлась ядром системы здравоохранения, в то время как вторичная и третичная медицинская помощь выступали в качестве вспомогательных консультационных элементов;
- разработка концепции политики в области здравоохранения, которая предусматривает установление критериев с точки зрения уровня жизни населения и состояния окружающей среды, т.е. межсекторальный подход к политике в области здравоохранения;
- участие как всей общины, так и каждого отдельного лица в процессе принятия решений и повышение ответственности каждого человека за свое здоровье;
- разработка соответствующих технологий и экономное использование ресурсов, в том числе эффективное размещение ресурсов и их перераспределение из больниц в сектор ПМСП.

Повсеместное утверждение принципов ПМСП привело к созданию новой культуры здравоохранения, которая не только включает, но и в то же самое время выходит за рамки узкого биомедицинского детерминизма. Во многих странах Европейского региона было принято решение о развитии системы ПМСП, а также были одобрены стратегии по улучшению состояния здоровья населения путем улучшения состояния окружающей среды и повышения уровня жизни. Новое движение в области охраны общественного здоровья, принципы которого были перечислены в Оттавской хартии здравоохранения (143), дало толчок таким усилиям (см. раздел о возрастающей роли системы охраны общественного здоровья, глава 2, с. 86–101).

Процесс увязывания участия общины с ответственностью каждого отдельного лица также имел определенный успех, поскольку программы по укреплению здоровья и повышению образования повысили осведомленность о риске, который представляют для здоровья современный образ жизни и неблагоприятная окружающая среда. С другой стороны, участие общины в процессе принятия решений до настоящего времени оставалось минимальным.

Были разработаны новые недорогостоящие технологии, которые могут оказать поддержку разработке стратегии в области здравоохранения на основе ПМСП. Растет число стран, в которых все более широкое применение находят стационарные компьютеры, а также оборудование для биохимических и других диагностических лабораторий.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБ ПМСП В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ

Продолжается обсуждение вопросов, касающихся поиска наиболее приемлемой структуры услуг в области ПМСП. Среди европейских стран достигнуты договоренности, основанные на индивидуальной работе врача общей практики, на групповой практике и на работе многопрофильных центров охраны здоровья. Кроме того, используются различные подходы к созданию списков пациентов, а также существуют различные мнения о том, следует ли пациентов направлять к специалистам.

В том, что касается разбивки пациентов на отдельные группы для предоставления услуг в области ПМСП, такая модель использует комплексный подход. С теоретической точки зрения, внедрение системы списков семей или отдельных лиц ведет к повышению вероятности установления более тесных личных отношений между врачом и пациентом и обеспечивает непрерывность медицинского обслуживания. В качестве альтернативы в ряде стран определены специальные области, в которых пациенты направляются к врачу общей практики и/или в центры охраны здоровья в зависимости от их места жительства. Сторонники подхода, по которому пациент сам выбирает место лечения, тем не менее с негативной точки зрения рассматривают принцип географического подхода.

Списки пациентов

ДЕЛЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ПО ГЕОГРАФИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ

Услуги врачей в области ПМСП предоставляются по географическому принципу в таких странах, как Болгария, Венгрия, Греция (в сельских районах, где работают врачи общей практики), Израиль, Исландия, Испания, Литва, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Турция (теоретически), Финляндия, Хорватия, Швеция и Эстония. В таких странах, как Болгария, Израиль, Испания и Португалия, также используется система списков пациентов.

Внедрение системы списков пациентов является общей стратегической целью, и такая система внедряется в следующих странах: Венгрия, Норвегия, Румыния, Словакия, Словения, Турция и Финляндия. Внедрение такой системы непосредственно связано с изменением практики оплаты врачей общей практики, т.е. переход от заработной платы к системе подушевой оплаты, а также укрепление ключевой роли врачей ПМСП. Политический характер такого изменения в практике оплаты труда врачей получил конкретное выражение в Швеции, где «старая» система оплаты труда врачей может быть возвращена после использования в течение определенного времени подушевой оплаты труда и внедрения системы списков пациентов. Обратная ситуация наблюдается в Норвегии и Финляндии, где полным ходом идет внедрение «программы семейный доктор» (врачи ПМСП, работающие по спискам пациентов).

СПИСКИ СЕМЕЙ ИЛИ ОТДЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

В таких странах, как Дания, Ирландия, Италия, Нидерланды и Соединенное Королевство, каждый врач общей практики имеет список конкретных пациентов. Оплата труда врачей общей практики производится на основе подушевой системы, и они сами вынуждены находить работу, а также являются независимыми подрядчиками. Обычно при таких системах применяются некоторые географические ограничения. Основное различие в таких странах, как Португалия и Испания, заключается в том, что врачи общей практики получают заработную плату. Такая система предоставляет также возможность выступать в качестве связующего звена в рамках обеих систем: например, врачи общей практики в Испании, Португалии и Румынии, а также Дании, Ирландии, Италии и Соединенном Королевстве являются связующим звеном для вторичной медицинской помощи (424, 425).

В Дании пациенты, входящие в группу 2 (3% населения), не обязаны записываться в конкретные списки врачей общей практики. Аналогичное положение существует в Ирландии для пациентов категории 2 и 3 (60% населения, что составляет большую часть обеспеченных людей). В Нидерландах лица, имеющие государственное страхование (61% населения), обязаны быть в списках врачей общей практики, в то время как лица, застрахованные в частных страховых компаниях, не обязаны регистрироваться в таких списках (хотя на практике многие сами решают, в каком списке им регистрироваться). В Италии дети в возрасте до 14 лет регистрируются у врачей-педиатров, работающих в рамках ПМСП.

Не существует списков пациентов по конкретным районам в таких странах, как Австрия, Бельгия, Германия, Люксембург, Франция, Чешская Республика и Швейцария. В Бельгии проводится кампания в поддержку системы списков пациентов (и подушевой оплаты труда врачей), и врачи общей практики также поддерживают внедрение такой системы. В Австрии в ряде провинций внедрена система частичной подушевой оплаты труда врачей. Чешская Республика перешла на систему «неопределенных районов», по которой пациенты имеют непосредственный доступ ко всем врачам. В тех странах, в которых отсутствует система списков пациентов по конкретным географическим районам, пациенты могут обращаться за помощью к любым врачам (либо к врачам общей практики, либо к врачам-специалистам), хотя на практике большинство пациентов продолжают обращаться к одному и тому же врачу общей практики. Подход, по которому не установлены списки пациентов по географическим районам, обычно предусматривает оплату за оказанные услуги (425). Более подробно о системе оплаты за конкретные оказанные услуги см. в главе 5, с. 196–198.

Ограничения, касающиеся направления пациентов к врачам

Связующим звеном здесь является определенная точка перехода к системе вторичной медицинской помощи. В тех случаях, когда врачи ПМСП выступают в качестве связующего звена, они выполняют функции представителей своих пациентов: врачи принимают решения о том, когда и кому передать ответственность за лечение конкретного пациента. В ряде стран врач обладает абсолютной компетенцией в данном вопросе. В других странах именно сам пациент решает, когда и к кому обратиться даже перед посещением врача.

ПОСРЕДНИЧЕСКАЯ РОЛЬ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Врачи общей практики выполняют функции связующего звена в следующих странах: Дания, Ирландия, Испания, Италия, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Румыния, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия и Хорватия. Медицинская помощь, предоставляемая в отделениях интенсивной медицины (несчастные случаи и чрезвычайные обстоятельства), не требует, однако предварительного направления от врача общей практики.

В таких странах, как Румыния, Словения и Хорватия, дети и трудящиеся имеют своих собственных «специалистов общей практики», а женщины могут напрямую обращаться к гинекологам и акушерам, что, таким образом, ослабляет посредническую роль врачей общей практики. В Дании пациенты, включенные в группу 2, имеют неограниченный доступ к услугам врачей-специалистов.

В Италии пациенты могут прямо обращаться к врачам-офтальмологам, стоматологам, гинекологам и акушерам (а также к услугам педиатров по причине существования списков пациентов на прием к педиатру). Аналогичная ситуация характерна и для Испании, за исключением того, что женщины не могут напрямую обращаться к гинекологу. В Испании, Италии и Португалии в городах и среди обеспеченных слоев населения распространена практика посещения врача общей практики после консультации у частного врача-специалиста для получения направления на проведение диагностических и терапевтических процедур, например получения официально установленных рецептов и больничных листов. Такое явление известно как «обратное направление». Большинство населения в Португалии и Испании пользуется услугами неотложной медицинской помощи для получения доступа к услугам врачей-специалистов в государственных больницах.

В Нидерландах лица с заболеваниями полости рта могут напрямую обращаться к врачам-стоматологам ПМСП. В тех случаях, когда помощь врачей-специалистов оказывается в чрезвычайных обстоятельствах, без предварительного направления, разрешение на получение такой помощи выдается задним числом («последующее направление»). Постоянная

медицинская помощь врачей-специалистов по истечении одного года требует получения повторного разрешения («продленное направление»). Разрешение как в отношении продленного, так и последующего направлений обычно выдаются не напрямую и без консультации с врачом. Направления, выдаваемые напрямую, являются обычной практикой в Италии и Испании. В Нидерландах акушеры принимают около 40% нормально протекающих родоразрешений, и их гонорар выплачивается по схеме страхования общественного здоровья. Расходы, которые несут пациенты, застрахованные в частных страховых компаниях, возмещаются на довольно высоком уровне, поэтому они могут позволить себе оплачивать гонорар врача общей практики или акушера (426).

В Ирландии пациенты, входящие в категории 2 и 3, могут напрямую обращаться к врачам-специалистам. В Соединенном Королевстве пациенты, страдающие заболеваниями, передаваемыми половым путем, могут напрямую обращаться к врачам-специалистам; лица с заболеваниями полости рта могут также напрямую обращаться к услугам стоматологов, хотя стоматологи НСЗ в настоящее время работают по спискам пациентов. В Норвегии врачи-специалисты официально могут принимать пациентов только по направлению (хотя 10% всех пациентов обращаются за лечением без направления). Выбор врача-специалиста возможен только в сфере частнопрактикующих врачей (426). Аналогичным образом, в Испании врачи общей практики не могут выбирать врачей-специалистов в рамках государственной системы здравоохранения. Пациенты направляются к определенным врачам-специалистам (в рамках амбулаторного или стационарного лечения) по принципу географического распределения.

ПРЯМОЙ ДОСТУП К УСЛУГАМ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ

Пациенты могут напрямую обращаться к врачам-специалистам в следующих странах: Австрия, Андорра, Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Греция, Израиль, Исландия, Латвия, Литва, Люксембург, Польша, Словакия, Турция, Франция, Чешская Республика, Швейцария, Швеция и Эстония.

В таких странах, как Бельгия, Люксембург, Франция и Швейцария, пациенты могут свободно выбирать врачей общей практики и врачей-специалистов, а также могут выбирать между частными и государственными медицинскими учреждениями и между амбулаторным и стационарным лечением. В Германии пациентам необходимо получение направления от врача по месту работы (врач общей практики или специалист) для стационарного лечения. Во всех этих странах отсутствует четкое определение задач первичной и вторичной медицинской помощи, что приводит к частичному дублированию деятельности врачей и усилению конкуренции между ними.

В Венгрии, начиная с реформ 1992 года, врачи общей практики выполняют функции посредников и могут сами выбирать врачей-специалистов, к которым они хотели бы направить своих пациентов, хотя такая система находится все еще на начальной стадии своего развития. В определенной степени такая же ситуация наблюдается и в Польше, где еще не внедрена такая система. В Чешской Республике после реформирования системы здравоохранения пациенты могут напрямую обращаться ко всем врачам, в том числе врачам-специалистам. Система здравоохранения в таких странах, как Болгария, Латвия, Литва, Словакия и Эстония, в основном опирается на врачей-специалистов, причем услуги врачей-специалистов предоставляются как в больницах, так и поликлиниках на амбулаторной основе. В сельских районах почти во всех европейских странах врачи ПМСП могут выступать в качестве посредников, что объясняется острой нехваткой врачей-специалистов и больниц, и люди сначала обращаются за помощью к своим местным врачам.

ПМСП И РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В прошлом ПМСП была довольно неоднозначно взаимосвязана с непрерывным процессом реформирования здравоохранения в Европе. С одной стороны, в работах, посвященных реформам системы здравоохранения, постоянно подчеркивалась важная роль ПМСП и усилия, направленные на повышение эффективности, зачастую также предусматривали укрепление роли ПМСП в области предоставления медицинских услуг. Однако, с другой стороны, большинство реформ в основном были направлены на сдерживание расходов, ограничение потока поступлений производителям услуг или, в некоторых случаях, страховым компаниям. Во всех этих начинаниях ПМСП, как общественное здравоохранение, зачастую рассматривалось в качестве исключительно второстепенной фигуры.

Сектору ПМСП, возможно, придется играть главную роль в реформах здравоохранения в постоянно растущем числе стран, в которых этому сектору предполагается передать частичный или полный контроль над бюджетом других секторов медицинского обслуживания. Наиболее известным примером является пятилетний план развития акционирования врачей общей практики, осуществляемый в Соединенном Королевстве, в соответствии с которым растет число врачей общей практики, которые начинают нести ответственность за назначение хирургического лечения в больницах и амбулаторные посещения и, следовательно, за амбулаторную фармацевтику и предоставление медицинской помощи на уровне общины. Действительно, в Соединенном Королевстве стала реализовываться практика дальнейшего расширения сферы ответственности врачей общей практики на так называемое «тотальное акционирование», в соответствии с которым врачи общей практики осуществляют полный

контроль за использованием средств всех пациентов в секторе здравоохранения и оказания медицинской помощи на уровне общины.

Аналогичные попытки передать ПМСП контроль за использованием ресурсов в стационарном секторе предпринимались в Финляндии, в ряде губерний в Швеции (особенно в Даларне), в ряде регионов Российской Федерации (в частности в Кемеровской области), а также в рамках нового эксперимента в области социально-страхового финансирования системы здравоохранения, проводимого в Берлине, Германия. В соответствии с такими инициативами различные участники ПМСП получают контроль за их бюджетами; в Финляндии и Швеции, например, существуют советы представителей, которые назначаются на местной основе или избираются из числа представителей местной общины. Они также несут в различной степени ответственность за использование бюджетных средств (от 20% больничных расходов для обычного бюджета врачей общей практики в Соединенном Королевстве до 100% в Финляндии и Швеции). Несмотря на все многообразие, все эти механизмы призваны усилить позиции ПМСП.

Такие попытки наделить сектор ПМСП более широкими финансовыми полномочиями все еще нельзя считать неоспоримыми. В Соединенном Королевстве, несмотря на некоторые положительные результаты (426), тем не менее высказываются опасения, что передача бюджетных полномочий сектору ПМСП может привести к нежелательному делению пациентов по их финансовым возможностям и росту неравенства между ними в получении медицинской помощи. В Финляндии начинается обсуждение вопроса о том, достаточно ли компетентны муниципальные советы ПМСП для приобретения на действенной и эффективной основе услуг в области стационарного сектора здравоохранения. Тем не менее именно в этой области сектор ПМСП как сектор, контролирующий использование бюджета, может принять наиболее активное участие в реформах здравоохранения в Европе.

В странах ЦВЕ и СНГ ПМСП уделяет особое внимание реформам. Большинство стран уже заменили или стремятся заменить систему поликлиник, характерную для эпохи Советского Союза, на систему врачей ПМСП. Несмотря на то, что такие усилия были первоначально затруднены из-за отсутствия квалифицированных врачей общей практики или отсутствия соответствующих программ подготовки таких врачей, процесс создания новой модели оказания медицинской помощи ПМСП уже осуществляется в странах Центральной и Восточной Европы и получит дальнейшее развитие в других районах.

Интеграционная роль ПМСП

Для успешного решения дальнейших задач сектору ПМСП необходимо укрепить свой потенциал и обеспечить обслуживание, которое не может предложить фрагментарная вертикальная система медицинского

обслуживания. Этого можно добиться путем укрепления роли ПМСП по комплексному обслуживанию отдельных пациентов и общины в целом при их непосредственном участии. Такая интеграционная роль имеет три взаимодополняющих аспекта: функциональный, организационный и образовательный.

Функциональная интеграция предполагает, что эпизодическое оказание медицинской помощи при лечении заболеваний должно быть заменено интегрированным подходом к решению медико-санитарных потребностей и проблем отдельных пациентов, семей и общины в целом. Первичная медико-санитарная помощь, ориентированная на удовлетворение потребностей общины, продемонстрировала свою способность добиваться значительного улучшения здоровья людей эффективным, в том числе с экономической точки зрения, образом (427–429).

Организационная интеграция прежде всего направлена на определение того, как функционируют центры здоровья, как между собой, так и в сочетании с другими учреждениями, оказывающими населению медицинские услуги. Концепция многодисциплинарного характера бригады/коллектива медицинских работников должна получить дальнейшее усиление, с тем чтобы работники ПМСП действовали в тесном сотрудничестве друг с другом, а не просто работали под одной крышей. Интеграция с различными учреждениями, предоставляющими медицинские услуги пациентам, означает, что ПМСП следует четко определить границы своих полномочий и работать в тесном сотрудничестве с врачами-специалистами и работниками служб социального обеспечения и общественного здравоохранения с целью улучшения качества медицинских услуг, предоставляемых пациентам.

Образовательная интеграция может способствовать формированию у профессиональных работников тех знаний, умений и подходов, которые в настоящее время не могут быть получены в рамках многих программ подготовки работников системы здравоохранения. Ключевыми инициативами в этой области являются преддипломная подготовка по ПМСП, подготовка врачей-специалистов и создание возможностей для непрерывного образования врачей общей практики, семейных врачей и других членов бригады ПМСП.

Последствия осуществления процесса «замещения»

ПЕРЕХОД ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ В СЕКТОР ПМСП

Как отмечалось выше, важным элементом процесса «замещения» является переход врачей-специалистов в сектор ПМСП и/или медицинские учреждения на уровне общин. Такой процесс уже осуществляется в ряде европейских стран, причем в некоторых из них он уже достиг значительного уровня. В тех системах, в которых денежные средства поступают от пациента, больницам, по-видимому, удастся убедить население,

которое они обслуживают, в том, что «упрощение доступа» является хорошим основанием для расширения сферы деятельности специалистов.

В своей работе Marinker (430) описывает наиболее точным образом различия, которые существуют между врачами общей практики и врачами-специалистами:

«При постановке диагноза основной задачей врача-специалиста является снижение неопределенности, рассмотрение различных возможностей и сведение к минимуму возможности ошибки. Это разительно отличается от тех задач, которые преследует врач общей практики при постановке диагноза, а именно подтвердить наличие неопределенности, изучить возможности лечения и свести к минимуму возможный риск».

Более конкретно это означает, что если влияние врачей-специалистов преобладает в секторе ПМСП, что, таким образом, сокращает непрерывный характер медицинского обслуживания и понижает ответственность врачей общей практики за лечение наиболее распространенных заболеваний, в целом пострадают интересы пациентов. Starfield в своем обзоре ПМСП по 11 развитым странам (431) пришла к выводу, что «ограничение допуска специалистов в больницы и их оплата на основе заработной платы в основном связаны с улучшением деятельности системы оказания медицинской помощи населению в целом».

Однако в этом случае может возникнуть проблема, связанная с расширением сферы охвата данной деятельности, и ПМСП для удовлетворения возросшего спроса, естественно, потребует дополнительную поддержку. Изменение взаимоотношений между медицинскими сестрами и врачами общей практики, возможно, сыграет свою роль в будущем процессе развития.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА/ВРАЧ В СТРУКТУРЕ ПМСП

В вставке 19 указаны «функции медицинских сестер». Такая же логика может быть применена к врачам общей практики. В определенном смысле деятельность обеих групп, особое внимание в которых уделяется предоставлению медицинской помощи в сельских районах, различается скорее по степени, чем по видам. Медицинские сестры, естественно, начинают играть особую роль в области ПМСП, и вышеупомянутая взаимосвязь может представлять собой неиссякаемый источник для процесса «замещения».

На практике квалификация медицинских сестер в европейских странах не всегда в достаточной мере подходила для реализации такой задачи. Таким образом, процесс «замещения» мог оказаться обоюдоострым, ставя под угрозу врачей сектора ПМСП, с одной стороны, а также представляя угрозу для самих медицинских сестер, которые, в свою очередь, могли бы быть заменены их помощниками или другими медицинскими работниками. Роль медицинских сестер и реформа данного сектора рассматриваются ниже в разделе, касающемся развития людских ресурсов.

СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Учитывая необходимость усиления интеграции деятельности на уровне общины, совместная деятельность между различными уровнями медицинской помощи затрагивает очень серьезный вопрос, касающийся скоординированной или «цельной» медицинской помощи. Данный сценарий предполагает сосуществование медицинского и социального обслуживания; однако на практике зачастую эти два аспекта совпадают.

Процесс «замещения» может происходить как в рамках одной профессии, так и между различными профессиями в одном и том же секторе, а также на межсекторальном уровне. Это требует от медицинских работников расширения границ своей деятельности, что зачастую оказывается довольно сложным для них, помимо передачи своих функций медицинским работникам, существует еще много других уровней нерешенных вопросов. В этом случае строгая трудовая иерархия становится малоэффективной и линейное руководство ставится под сомнение. Сочетание различных навыков и квалификаций по всему спектру профессий, вероятно, даст наилучшие результаты, однако это потребует создания новых организационных форм — медицинских бригад — если такой процесс организован по заранее подготовленному плану.

Термин «бригада» не следует понимать буквально. На практике понятие совместная деятельность может предполагать много форм: формальная

Вставка 19. Функции медицинских сестер ПМСП/врачей общей практики.

Деятельность медицинских сестер ПМСП и врачей общей практики основывается на их квалификации и качестве их обслуживания и включает следующее:

- доскональное знание социального контекста жизни пациента;
- координирующая функция;
- функция обучения лиц, занятых в области оказания медицинских услуг, пациентов и профессиональных работников;
- разработка и реализация программ по уходу;
- технические специальные знания, осуществляемые индивидуально или через других лиц;
- забота не только о больных, но также и о тех, кто в настоящее время здоров;
- особая ответственность за незащищенные и уязвимые слои населения

Источник: Department of Health (432).

бригада; свободное сотрудничество; группа, заключающая субподряды с другой группой; посредничество между различными бригадами; установление партнерских отношений между медицинскими работниками на разных уровнях.

Помимо вышеперечисленных форм, существует еще одна форма — основные и комплексные бригады. Работа таких бригад требует более четкой координации и связана с большими проблемами в отношении управления. Многодисциплинарный обзор мог бы помочь обеспечить более сбалансированное предоставление медицинской помощи. Улучшение связи также будет играть важную роль. Процесс расширения полномочий клинических бригад только в секторе ПМСП потребует ускорения разработки информационных систем.

СВЯЗЬ И ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ

В будущем следует ожидать активизацию процесса обмена опытом в области предоставления медицинской помощи между сектором ПМСП и стационарным сектором. Это потребует создания информационных систем, доступных для всех членов медицинских бригад, а также разработку стратегии в области обеспечения доступа к такой информации, с должным учетом проблемы конфиденциальности. Создание информационных систем должно включать разработку протоколов руководящих принципов в области предоставления медицинской помощи и представлять медицинскую информацию на основе ее классификации по различным аспектам. Учитывая увеличение масштабов деятельности в области здравоохранения, отмеченное в настоящее время в учреждениях сектора ПМСП, такие информационные системы должны будут соответствовать эпидемиологическим и управленческим требованиям на уровне населения, а также оказывать поддержку непосредственным производителям медицинских услуг, оказываемых конкретным пациентам. Реализация процесса «замещения» всех типов, осуществляемого наиболее гибким образом, в особой степени потребует создания информационных систем.

Развитие человеческих ресурсов

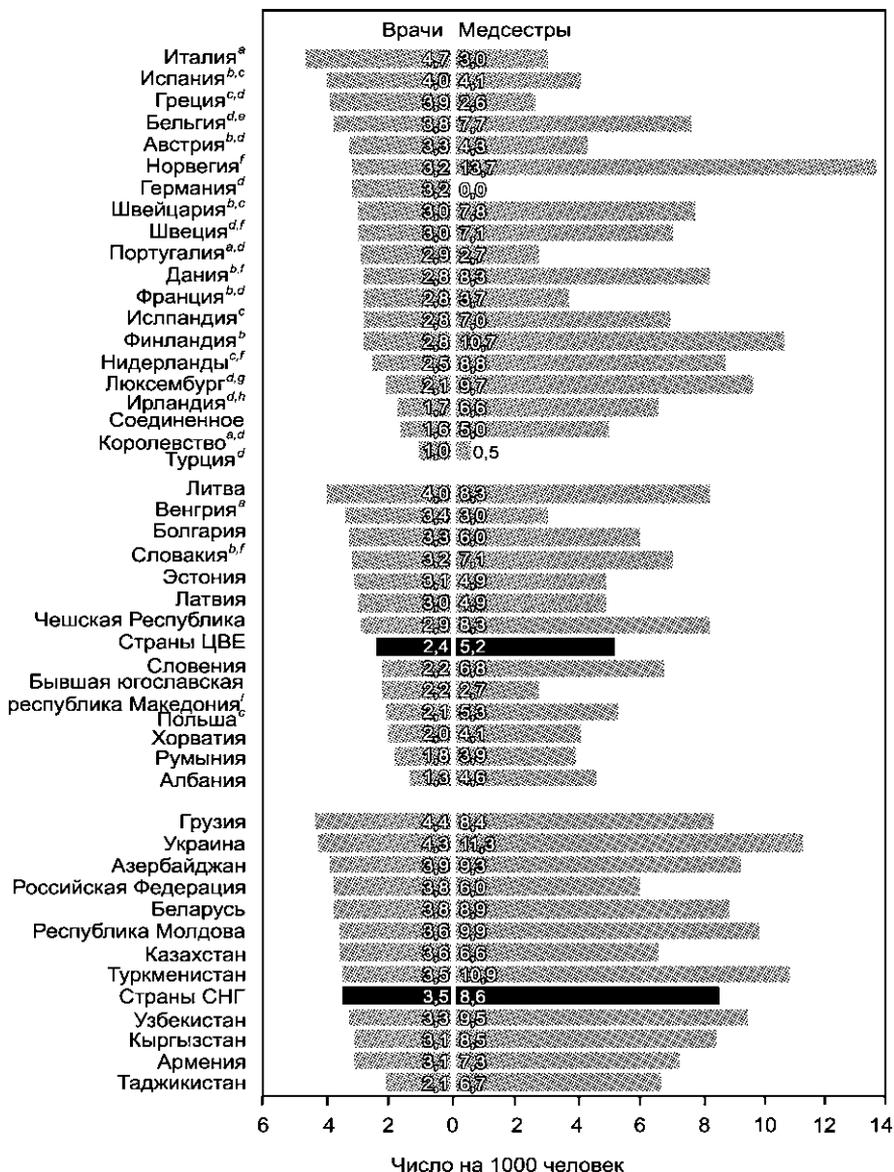
Самая крупная доля периодических издержек в системах здравоохранения приходится, как правило, на расходы на рабочую силу, в связи с чем в процессе реализации любых реформ системы медицинской помощи одним из ключевых компонентов являются человеческие ресурсы. Успешная реформа здравоохранения возможна лишь при условии тщательного рассмотрения ключевых факторов, относящихся к человеческим ресурсам, таких как планирование штатной структуры и сочетание различных категорий медработников, обучение, подготовка и аккредитация медицинского персонала, системы стимулирования и производственные взаимоотношения.

Системы здравоохранения стран СНГ и стран южного региона Европы характеризуются слишком большим числом врачей (см. диаграмму 23). Так, например, в 1994 году число врачей на 1000 человек в таких странах, как Грузия, Украина и Азербайджан, составило 4,4, 4,3 и 3,9 соответственно, в то время как средний показатель по странам СНГ составляет 3,5 на 1000 человек. В странах Западной Европы самый высокий показатель числа врачей на 1000 человек населения относится к Италии (4,7), Испании (4,0) и Греции (3,9). Высокая доля занятости врачей в этих странах может объясняться отсутствием системы планирования медицинских ресурсов и запоздалым ограничением количества мест в медицинских учебных заведениях. Это также привело к повышению уровня безработицы среди врачей. Независимо от того, является ли высокое число врачей в некоторых странах результатом сложившихся традиций, отсутствием контроля за численностью мест в медицинских учебных заведениях или тенденцией к замене медицинского персонала на более капиталоемкие подходы, проблему слишком высокого числа врачей необходимо решать. Рыночные факторы и безработица среди медицинских работников, по-видимому, не способны обеспечить достаточное снижение числа подготавливаемых в медицинских учебных заведениях врачей, а в ряде стран все еще отмечается рост числа выпускников медицинских учебных заведений. Таким образом, необходимость пересмотра политики набора в медицинские учебные заведения, особенно когда речь идет о частном секторе, становится все более актуальной.

С этим же связана необходимость пересмотра традиционных определений роли медицинских работников и характера разделения ответственности между различными работниками системы здравоохранения, а также тенденция к отказу от необоснованного использования высококвалифицированного и дорогостоящего персонала путем передачи некоторых менее сложных с медицинской точки зрения функций тем категориям медицинского персонала, которые в наибольшей степени подходят для этого. Распределение персонала также является важной проблемой, т.к. в ряде стран региона имеются проблемы с обеспечением сельских районов медицинским персоналом. Целый ряд государств сталкивается также с проблемой отсутствия врачей сектора ПМСП и другого медицинского персонала ПМСП. Врачи-специалисты по-прежнему преобладают в секторе здравоохранения как по численности, так и с точки зрения их статуса и заработка.

При осуществлении программ реформирования системы здравоохранения в европейских странах особое внимание необходимо уделять разработке и реализации соответствующих стратегий оценки потребностей в людских ресурсах и программах подготовки, с тем чтобы обеспечить реформированные системы здравоохранения необходимым числом медицинского персонала различных категорий. К настоящему времени отмечено немало случаев неудачного проведения реформ, что отчасти объясняется

Д и а г р а м м а 23. Количество врачей и медицинских сестер на 1000 человек в странах Европейского региона ВОЗ, 1994 год



^a 1989 год; ^b 1992 год; ^c 1990 год; ^d 1993 год; ^e 1985 год; ^f 1991 год; ^g 1987 год; ^h 1988 год.

Источник: база данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

отсутствием достаточно квалифицированных кадров. Среди областей, нуждающихся в приоритетном развитии, можно отметить следующие: охрана общественного здоровья, общая и семейная практика, подготовка медицинских сестер и подготовка управленческого персонала.

Врачи сектора ПМСП являются ключевой группой профессиональных медицинских работников. Во многих европейских странах предпочтение отдавалось врачам-специалистам, что в свою очередь вело к уделению недостаточного внимания роли, статусу и подготовке врачей сектора ПМСП. Основное внимание при реформировании сектора ПМСП уделялось оптимизации расходов на деятельность врачей сектора ПМСП как посреднического звена и первым осязаемым контактом с данной системой, обеспечивающим непрерывную и конкретную медицинскую помощь, направленную на удовлетворение потребностей общины.

В последнее время особое значение стала приобретать подготовка семейных врачей и врачей общей практики. В настоящее время в некоторых странах семейные врачи или врачи общей практики рассматриваются как отдельная специальность. В большинстве стран Западной Европы существуют программы профессиональной подготовки врачей общей практики. В Эстонии за короткий срок была разработана прогрессивная программа подготовки и специализации врачей общей практики. В некоторых странах ЦВЕ и СНГ, однако, незначительный прогресс в данной области затруднил проведение соответствующих реформ на уровне ПМСП.

ВКЛАД СЕСТРИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ²⁴

Являясь одной из наиболее многочисленных групп медицинских работников в регионе, медицинские сестры играют значительную роль в системе здравоохранения. Около 5 миллионов людей занято в сфере сестринского обслуживания в государствах-членах, половина из которых в странах ЦВЕ и СНГ. Во многих странах и во многих случаях медсестры являются первым, последним и наиболее постоянным осязаемым контактом пациентов с системой здравоохранения. Широко признается вклад, который вносит данная профессиональная группа в систему здравоохранения, а также достигнуто почти повсеместно понимание необходимости укрепления и дальнейшего развития их функций. Сестринское обслуживание²⁵ рассматривается как один из наиболее экономичных ресурсов

²⁴ Данный раздел взят из публикации Европейского регионального бюро ВОЗ Nursing in Europe: a resource for better health (Salvage, J. & Heijnen, S., WHO Regional Publications, European Series, №. 74 (in press)).

²⁵ «Сестринское обслуживание» используется в данном случае в качестве общего термина. Терминология и определения различаются в разных странах. Термины «медицинские сестры» и «сестринское обслуживание» следует понимать как включающие всех медицинских работников, выполняющих функции медицинских сестер, в том числе медицинских сестер, акушеров и фельдшеров (определение последнего см. на с. 296).

по предоставлению услуг в области здравоохранения, в частности в таких областях, как общественное здравоохранение и ПМСП. Таким образом, развитие системы сестринского обслуживания является частью наиболее общей тенденции к дальнейшему повышению экономичности системы здравоохранения.

В странах ЦВЕ и СНГ развитие системы сестринского обслуживания находилось в состоянии застоя в течение многих лет по причине существования ориентированных на лечебную деятельность систем здравоохранения, основанных прежде всего на принципах медицинской специализации. Несмотря на широкое разнообразие по степени прогресса, который был достигнут или не достигнут в устранении таких препятствий в разных странах, в настоящее время во всем Европейском регионе происходит переоценка всей системы сестринского обслуживания.

Общая численность занятых в секторе сестринского обслуживания

Проведение анализа общей численности занятых в секторе сестринского обслуживания осложняется многообразием категорий персонала, сгруппированного в одну общую категорию, названную «сестринский персонал», а также частым отсутствием дифференциации между уровнем, квалификацией и компетенцией такого персонала в процессе планирования и развития людских ресурсов. Например, во многих странах ЦВЕ и СНГ вспомогательный и/или неквалифицированный персонал, выполняющий обязанности медицинских сестер, составляет 50–90% от всего персонала медицинских сестер и в статистических данных указывается в разделе «Медицинские сестры».

Число медицинских сестер на 1000 человек значительно различается по странам Европейского региона. В странах Западной Европы их показатель колеблется от 0,9 в Турции до 13,7 в Норвегии (см. диаграмму 23). В целом такое различие в показателях проходит по линии «север–юг», причем в северных странах отмечается относительно более высокая численность медицинских сестер, чем в странах, расположенных в южной части Европы. Малая численность медицинских сестер в сочетании с высоким числом врачей в некоторых южных странах привела к установлению самого низкого соотношения медицинская сестра/врач в таких странах, как Греция, Португалия, Испания и Турция. Численность медицинских сестер по отношению к населению, по-видимому, наиболее тесно связана с показателями дохода, такими, как ВВП, чем с необходимостью в обеспечении населения медицинским обслуживанием. Недостаточная комплектация медицинскими сестрами, в частности в сельских районах, отмечена в таких странах, как Греция, Израиль, Италия, Мальта, Португалия и Турция. Трудности с набором квалифицированного персонала также являются общей проблемой для данной группы, в

основном по причине низкой оплаты труда, плохих условий труда и отсутствием возможностей для служебного роста. Только 5–10% всех занятых в данной сфере составляют мужчины, за исключением Италии, Мальты и Испании, где мужчины составляют около четверти общей численности занятых в сфере сестринского обслуживания.

Проблемы, связанные с достижением соответствия между предложением и спросом на услуги медицинских сестер, отмечены во всех странах региона. Нехватка высококвалифицированного сестринского персонала и трудности в наборе медицинских сестер с соответствующей квалификацией являются общими проблемами для стран ЦВЕ и СНГ. Набор нового персонала представляет особую трудность в сельских районах, что объясняется низкой оплатой труда, плохими условиями работы и низким социальным статусом медицинских сестер, что ведет к миграции и/или сокращению числа занятых в сфере сестринского обслуживания. Большинство людей стараются найти лучшую работу в частном секторе. В ряде стран СНГ вспомогательный персонал принимается на работу на места, требующие квалифицированного персонала. Показатели занятости могут быть достаточно высокими: одна медицинская сестра и три человека вспомогательного персонала могут обслуживать до 80 пациентов. Высокие показатели оборачиваемости персонала отмечены в нескольких странах, в том числе в Азербайджане, Беларуси, Грузии, Республике Молдова, Российской Федерации и Таджикистане.

Значительно различаются показатели набора и оборачиваемости персонала в странах Западной Европы, и они существенным образом корректируются статусом и условиями труда, а также демографическими факторами, государственной политикой и сложившимися условиями на национальном и местном рынках труда. Такая картина может измениться относительно быстро, осложнив генерализацию или определение тенденций. В ряде стран отмечаются нехватка медицинских сестер и учащихся на медицинских сестер, а также высокие показатели оборачиваемости сестринского персонала, в то время как в других странах сокращение бюджета привело к снижению числа рабочих мест и затруднило процесс набора дополнительного персонала. Набор медицинского персонала на места врачей-специалистов также остается проблемой.

Открытие европейских границ при определенной добровольной миграции из стран ЦВЕ и СНГ в сочетании с переездом перемещенных лиц (в частности из бывшей Югославии) является новым явлением. Наблюдается тенденция к переезду сестринского персонала из стран ЦВЕ и СНГ в более богатые страны ЦВЕ или Западной Европы (особенно в Германию) в поисках более высоких заработков и лучших условий труда. В ряде стран Западной Европы больницы активно набирают на работу иностранный сестринский персонал, даже в тех случаях, когда местный квалифицированный персонал является безработным.

Сестринское обслуживание ПМСП в Европе

Мнение о том, что роль сестринского персонала в поддержании здоровья имеет такое же важное значение, что и его роль в уходе за больными, начало формироваться в 50-е годы. Существует мнение, что сестринский персонал обязан не только заботиться о здоровье конкретных пациентов, но также и о здоровье семьи и общины в целом. Постепенно находит все большее признание идея о развитии системы сестринского персонала общественного здравоохранения, который выполнял бы более универсальные функции в рамках структуры ПМСП. Наличие различных точек зрения на данную проблему оказало существенное влияние на развитие сестринского обслуживания в странах Европы, которое характеризуется рядом различных тенденций, что объясняет различное понимание роли сестринского персонала в рамках региона.

В таких странах ЦВЕ, как Венгрия, Словакия и Чешская Республика, сестринский персонал начинает рассматриваться как отдельная независимая категория медицинских работников, однако в других странах такой персонал по-прежнему находится в подчинении врачей. В таких странах, как Албания, Болгария, Польша и Румыния, медицинские сестры рассматриваются как ассистенты врачей и их роль определяется врачами. В Польше роль сестринского персонала определяется врачом, отвечающим за медицинское обслуживание в данном медицинском учреждении, который может выдавать в письменной форме разрешение медицинским сестрам выполнять определенные поручения. В Румынии профессиональная подготовка медицинских сестер была упразднена в 1987 году, и, таким образом, роль медицинских сестер постепенно свелась к выполнению функций ассистента врача, т.е. стала наиболее распространенным термином в румынском языке для определения понятия «медицинская сестра».

В странах СНГ сестринский персонал занят в различных медицинских учреждениях, в том числе больницах, поликлиниках, родильных домах, домах ребенка и детских садах. Они работают под руководством врачей, оказывая содействие скорее другим медицинским работникам, чем самим пациентам, что является препятствием для развития функций сестринского персонала. Однако существуют фактические данные, свидетельствующие о том, что происходит переоценка их профессиональной роли и функций, а также о том, что роль медицинских сестер все чаще начинает рассматриваться как имеющая важное значение в процессе предоставления экономичной с точки зрения затрат медицинской помощи. Профессиональная подготовка, непрерывный процесс образования и повышение ответственности сестринского персонала также могут оказаться эффективными инструментами для повышения статуса сестринского персонала.

В странах ЦВЕ и СНГ число медицинских работников, занятых в секторе ПМСП, в целом очень низкое. Также отмечается существенная

нехватка сестринского персонала и врачей на уровне общин, особенно в сельских районах, в основном по причине того, что роль сестринского обслуживания еще не получила своего признания или развития в секторе ПМСП. Необходимо также решать вопросы, касающиеся отсутствия соответствующей подготовки, низкого статуса и плохих условий труда в сочетании с большим количеством рабочих часов и низкой оплатой труда. Большинство медицинских сестер, которые работают на уровне общин, зачастую выполняют функции помощников врачей, осуществляя медицинское лечение или процедуры. Можно отметить лишь несколько новаторских примеров в области сестринского обслуживания, например в Венгрии, где в ряде областей районный сестринский персонал обеспечивает сестринское обслуживание на дому, а также медицинские сестры, специализирующиеся в области охраны здоровья матери и ребенка, выполняют функции акушерок на уровне общины, включая функции в области семейного планирования и образования в области здравоохранения. В некоторых сельских районах, в которых недоступна высококвалифицированная медицинская помощь, медицинские сестры и фельдшера предоставляют все услуги в рамках ПМСП. Именно фельдшеры являются тем промежуточным звеном между традиционными функциями медсестер и врачей. Они обладают значительной независимостью и выполняют профилактические, диагностические и терапевтические задачи. В сельских районах фельдшера традиционно предоставляют все услуги в области ПМСП и руководят деятельностью персонала, выполняющего роль, аналогичную роли практикующей сестры в Соединенных Штатах. В городских районах они могут работать в службах неотложной медицинской помощи (включая службы скорой помощи) и/или выполнять функции по профилактике и охране общественного здоровья, в то время как в некоторых сельских районах они зачастую оказывают акушерскую помощь.

В странах Западной Европы сестринское обслуживание, в основном, рассматривается как отдельная область медицины, которая дополняет другие области медицины в рамках многодисциплинарной бригады. В ряде стран, например в Греции, Мальте и Турции, роль медицинских сестер, однако, все еще рассматривается как содействие врачу. Развитие и укрепление системы сестринского обслуживания на уровне общины, включая предоставление помощи на дому, рассматривается как приоритетная цель во многих странах. Однако такая деятельность, как посещение пациентов на дому, хорошо развитая в таких странах, как Дания, Исландия, Нидерланды, Соединенное Королевство и Финляндия, еще относительно плохо развита во Франции, Ирландии и странах Средиземноморья. Сестринское обслуживание на уровне общины может включать несколько различных аспектов: предоставление услуг медицинских сестер на уровне района, посещение пациентов на дому (в сочетании с одной категорией сестра общественного здравоохранения в Ирландии), семейное планирование,

сестринское обслуживание в школах, профессиональное здравоохранение, уход за лицами, страдающими психическими расстройствами или умственно отсталыми, на уровне общины, педиатрическое сестринское обслуживание и образование в сфере здравоохранения.

Ряд примеров из разных стран свидетельствует о значительном многообразии точек зрения и подходов. Сестринское обслуживание на уровне общины хорошо развито во всех Скандинавских странах. Например, в Швеции медицинские сестры проходят подготовку в пяти основных областях, имеющих реалистический подход к охране здоровья пациента: предоставление сестринского обслуживания, охрана здоровья и профилактика болезней, планирование медицинской помощи, образование в сфере здравоохранения и развития сестринских навыков. В Исландии создана широкая сеть оказания сестринской помощи на дому, в соответствии с которой медицинские сестры ухаживают за людьми пожилого возраста наиболее гибким образом путем комбинирования оказания медицинской помощи как на дому, так и в домах престарелых. Система сестринского обслуживания в Испании трансформировалась из функции оказания содействия врачам в более автономную, которая предусматривает охрану здоровья и профилактику заболеваний. В Соединенном Королевстве за последние годы достигнут значительный прогресс по приданию большей автономности и отчетности в отношении сестринского обслуживания. Были разработаны относительно новые роли ПМСП для медицинских сестер: практикующая медицинская сестра и медицинская сестра-практик. Практикующие медицинские сестры обычно принимаются на работу врачами общей практики для работы в качестве членов бригады ПМСП и оказанию сестринского обслуживания в клинике врача. Медицинские сестры-практики могут работать в больнице или в рамках общины, они могут приниматься на работу врачом общей практики или медицинским учреждением, они могут принимать определенные решения в отношении лечения пациента, ставить диагноз в состоянии здоровья пациента и проводить лечение или направлять пациентов в рамках своей подготовки.

Последние достижения в области сестринского обслуживания

Практика сестринского обслуживания в Европе находится в стадии преобразований, и наметились определенные тенденции к изменению структуры работы данной категории медицинских работников в ответ на новые демографические модели, необходимость сокращения расходов и новые задачи и потребности в области здравоохранения. Значительные усилия прилагаются, особенно в странах ЦВЕ и СНГ, для изучения новых концепций и реализации новых подходов. Несмотря на широкие различия в роли и функциях профессиональных медицинских работников в европейских странах, можно проследить некоторые общие тенденции.

Во-первых, предпринимаются определенные попытки по анализу конечных результатов сестринских вмешательств (в частности в Соединенном Королевстве и в странах Северной Европы), где на медицинских сестер, как и на всех других производителей услуг в области здравоохранения, оказывается все большее давление для получения определенной отдачи за вложенные средства. Ряд исследований показал, что в определенных областях и при определенных условиях, например в рамках структуры ПМСП, сестринская помощь может быть более экономичной с точки зрения затрат, чем медицинская помощь, оказываемая семейными врачами. Исследование деятельности врачей общей практики, проведенное в Соединенном Королевстве, показало, что практикующие медицинские сестры способны оказать безопасное и эффективное лечение гипертонии, а также их деятельность в области профилактики заболеваний оказалась более успешной (433). В Соединенных Штатах анализ деятельности медицинских сестер-практиков показал, что они способны обеспечить первоначальную ПМСП так же безопасно и эффективно и с таким же удовлетворением для пациентов, как и семейные врачи (434). При проведении анализа широкого числа исследований Feldman (435) пришел к выводу, что медицинские сестры-практики, работающие в структуре ПМСП и амбулаторных медицинских учреждениях, могут обеспечить хорошее качество медицинской помощи при наименьших затратах.

В Соединенном Королевстве анализ существующих исследований, проведенный аудиторской комиссией (436) и Центром экономики в области здравоохранения при Йоркском университете (437), показал, что существует прямая связь между деятельностью квалифицированных медицинских сестер и хорошими результатами лечения пациентов. Исследования, проведенные SETRNA (438), показали, что работа, осуществляемая медицинскими сестрами-практиками, является разнообразной и связана с высокой степенью удовлетворения пациентов и, в основном, направлена на поддержание здоровья и профилактику заболеваний. Также отмечалось, что медицинские сестры-практики работают безопасно и эффективно и их деятельность позволяет сэкономить средства в определенных областях. Также был сделан вывод о том, что сектор ПМСП имеет значительный потенциал для дальнейшего развития роли сестринского обслуживания. Другие исследования (434, 439, 440) показали, что своевременно подготовленные медицинские сестры могут обеспечить медицинское обслуживание такого же качества, как и предоставляемое врачами. Их деятельность является особо эффективной в предоставлении тех услуг, которые зависят от общения с пациентами, а также в области профилактики заболеваний. Кроме того, медицинские сестры способны обеспечить предоставление качественной медицинской помощи при более низких затратах (434).

Во-вторых, наблюдается изменение приоритетов сестринского обслуживания с практики решения, в основном, определенных задач, на

обеспечение медицинской помощи, приоритетом которой является удовлетворение потребностей каждого отдельного пациента, а также перенос акцента с услуг, оказываемых в рамках стационарного сектора, к оказанию сестринских услуг в секторе ПМСП как для больных, так и для здоровых людей, причем особое внимание уделяется профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Такие изменения подкрепляются созданием соответствующей структуры здравоохранения.

В-третьих, изменения в сестринской практике неизбежно повлекут за собой необходимость пересмотра учебных программ в области подготовки медицинских сестер. Во многих странах Европы возрастает интерес к программам подготовки сестринского персонала, причем основное внимание в реформах уделяется анализу учебных программ и переориентации их на сектор ПМСП, а также разработке новых программ и подготовки, особенно в области высшего образования, разработке схем непрерывного образования и налаживанию более тесных связей между образованием и сферой оказания медицинских услуг.

И наконец, существуют определенные признаки того, что отношение к статусу сестринского персонала в обществе и его роль в системе здравоохранения начинают медленно изменяться. Восприятие профессии медицинской сестры как профессии, имеющей низкий социальный статус и требующей минимальной профессиональной подготовки, и в связи с этим недооценка гуманной психосоциальной помощи, начинают смягчаться, хотя следует отметить, что данный процесс развивается медленно и неровно. Необходимо также решить такие вопросы, как низкая оплата труда, плохие условия работы и низкий статус медсестер путем внедрения соответствующих систем кадрового роста и финансового стимулирования.

7. ПРОЦЕСС ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ РЕФОРМЫ

Осуществление реформы здравоохранения оказалось более трудной задачей, чем ожидалось (61, 441–443). Кроме того, она во многих случаях имела неожиданные последствия (444, 445). Некоторые страны испытывали трудности, которые были обусловлены не реальным содержанием реформы, а отражали неадекватное планирование процесса ее осуществления. В ходе дискуссии о реформе до сих пор мало внимания уделяется проблемам осуществления и стратегиям смягчения последствий изменений.

Настоящая глава начинается с применения концептуальных рамок анализа политики в области здравоохранения к изучению полученного к настоящему времени опыта осуществления реформы систем здравоохранения, с тем чтобы дать возможность лучше понять роль конкретных элементов, процессов и участников программ реформ. Затем на основе обзора национального опыта представляются некоторые общие выводы²⁶. Наконец, предлагается ряд стратегий по содействию преобразованиям.

Схема для анализа осуществления реформы

Схема для анализа политики в области здравоохранения может помочь организаторам здравоохранения понять факторы, которые способствуют изменениям или затрудняют их (см. диаграмму 24). Эта схема представляет осуществление реформы в качестве неотъемлемого элемента процесса принятия решений. Хотя учитывается содержание политики (например соответствующая структура системы социального страхования), внимание сосредоточено на тех условиях, в которых осуществляется политика, на процессе, в результате которого она формулируется, осуществляется и оценивается, и на участниках, которые влияют на содержание политики, условия и процесс и которых она затрагивает (446). Эффективное проведение политики требует, чтобы каждый аспект рассматривался как отдельно, так и вместе с другими аспектами.

²⁶ Региональное отделение провело в Копенгагене в ноябре 1995 года практический семинар по изучению опыта осуществления реформы и факторов, как препятствующих, так и содействующих реформированию систем здравоохранения. В работе этого практического семинара приняли участие ряд экспертов из стран Европы, которые на основании своего собственного опыта привлекли внимание к конкретным проблемам реформы здравоохранения. Настоящая глава освещает некоторые вопросы, вытекающие из этого обсуждения.

РАССМОТРЕНИЕ КОНТЕКСТА

На разработку реформы здравоохранения в конкретной стране оказывают влияние самые различные контекстуальные факторы. Как отмечается в главе 1, социальные ценности и экономический спад сыграли в ряде европейских стран важную роль в приведении реформ в действие. В данном случае проводится обзор четырех контекстуальных областей, которые оказывают особое влияние на процесс осуществления: макроэкономическая ситуация, политическая обстановка, социальные ценности и внешнее влияние.

Макроэкономическая ситуация

Для многих стран основная трудность в осуществлении реформы связана с уровнем развития и устойчивостью национальной экономики. Это относится как к странам Западной Европы, так и к странам ЦВЕ и СНГ. Многие нынешние реформы здравоохранения осуществляются в период экономических трудностей, которые резко контрастируют с предшествовавшими им четырем или пятью десятилетиями роста. Во многих странах

Д и а г р а м м а 24. Схема анализа политики в области здравоохранения



Источник: Watt (446).

ЦВЕ и СНГ наблюдался серьезный экономический спад, который привел к существенному сокращению финансовых ресурсов, выделяемых на службы здравоохранения.

Это усилило давление на государственные расходы (стремление к экономии средств и эффективности) и в некоторых странах привело к попыткам сместить финансовое бремя с центральных государственных органов на население, самостоятельные учреждения или региональные и местные органы власти. В периоды экономического спада существует меньше пространства для маневра, а связанные с развитием процедуры планирования не действуют должным образом. Плановики также лишены мотивации (447), что приводит к снижению профессионального и творческого уровня. В некоторых странах трудно придерживаться масштабов и глубины преобразований, предлагаемых в программах реформ, по причине усиления мер экономии и сокращения бюджетных ассигнований на здравоохранение.

Политические условия

Как утверждают сторонники новой институциональной школы (448), структура политических институтов какой-либо страны может оказывать значительное влияние на ее способность проводить реформу здравоохранения. Сравнительная интенсивность частных интересов (индивидуальных, коллективных и корпоративных) по отношению к государственному сектору, а также лежащие в основе этих связей процессы оказывают влияние на способность действующего правительства успешно осуществлять изменения. Это справедливо независимо от того, имеет ли страна федеральную или унитарную структуру, сильными или слабыми являются региональные или местные органы власти по отношению к государству или имеет ли страна статутную конституцию, которая ограничивает роль государства. Прямым следствием этого является то, что соответствующий путь осуществления реформы здравоохранения различается в зависимости от страны. В некоторых случаях ответственность может возлагаться на центральное правительство, как, например, в Соединенном Королевстве. Иногда она может быть разделена между национальными и региональными властями (Дания и Швеция) или между государственными и муниципальными властями (Финляндия). В других случаях полномочия по осуществлению реформы здравоохранения могут выражаться во взаимодействии между самоуправляющимися учреждениями и региональным и центральным правительством, как, например, в Германии. В каждом случае различное значение придается относительной важности этого процесса по сравнению с результатом политической дискуссии, и каждая страна подходит к реформе здравоохранения, исходя из своих собственных конкретных условий.

Связь между этими институциональными особенностями и осуществлением реформы здравоохранения весьма непростая. Например, если Соединенное Королевство продемонстрировало способность проведения крупной структурной реформы, то Швеция преуспела в апробации ряда различных концепций реформы через показательные и экспериментальные проекты. В странах, где политическая система основана на многопартийных коалициях (например Нидерланды) или на «контрольной» роли второго национального законодательного органа (например бундестага в Германии) реформа здравоохранения (как любая сфера публичной политики) должна обсуждаться на многопартийной основе или в некоторых случаях на основе коалиций всех партий, что в свою очередь обычно приводит к проведению более умеренной или постепенной реформы. Оценка этих различных механизмов зависит, конечно, от соотношения радикальных и постепенных мер в рамках реформы в секторе здравоохранения. Политические перемены, захлестнувшие страны ЦВЕ и СНГ, создали ряд институциональных препятствий для осуществления реформы здравоохранения. Одним из основных препятствий является приход к власти правительств, основанных на слабых многопартийных коалициях и/или сложных взаимоотношениях между президентом, парламентом и региональными правительствами. Эти новые и в некоторых случаях нестабильные институты имеют тенденцию подходить к реформе здравоохранения с весьма противоположных позиций, стремясь достичь западноевропейских стандартов услуг без обострения сложной ситуации в области здравоохранения и занятости. Это сочетание новых институтов, межучрежденческого соперничества на различных уровнях и неоднозначного подхода к реформе во многих случаях в конечном итоге приводит к ошибочному и иногда непоследовательному проведению политики. Другая трудность заключается в том, что, как это наблюдается во многих западных странах, министерства здравоохранения занимают обычно сравнительно низкий уровень в политической иерархии и поэтому среди других реформ политике в области здравоохранения уделяется мало внимания.

В некоторых странах государственные служащие на всех уровнях политического процесса были уволены, и их замена была не подготовлена и/или профессионально не соответствовала стоящим перед ними задачам. Когда были созданы новые институты с новыми административными и политическими полномочиями, им часто недоставало работников соответствующего профессионального уровня и опыта, что, таким образом, обостряло неуверенность. Там, где государственные служащие не были уволены, эффективность снизилась, поскольку на смену прежней жесткой иерархии и партийной дисциплине пришла иная и в некоторой степени непонятная культура принятия решений (449). Во многих случаях отсутствие независимой административной (гражданской) службы означает, что со сменой находящихся у власти партий этот административный механизм перенимает врожденную неэффективность прежней системы (450).

Социальные ценности

Системы ценностей в редких случаях открыто учитываются при рассмотрении вопроса об осуществлении политики. Поэтому применительно к реформе здравоохранения очевидно наличие серьезного конфликта ценностей между политиками, специалистами и обществом, а также в каждой из этих групп, например в отношении использования различных механизмов в области здравоохранения. В случаях, когда ценности приходят в столкновение с целями реформы, может возникать серьезное сопротивление осуществлению политики. Поэтому понимание систем ценностей имеет огромное значение, если правительства намерены разрабатывать политику в области реформ, которая одновременно приемлема и осуществима.

Системы ценностей заложены в политических структурах. В либеральных демократиях Западной Европы, которые создали «государства всеобщего благосостояния», осуществление реформы сектора здравоохранения (во многих случаях в сочетании с другими реформами в социальной области) является относительно непопулярным в обществе и во влиятельных профессиональных группах (451, 452). В этих странах, где крупные государственные социальные программы были основными факторами политической обстановки, система здравоохранения обеспечивает более широкий охват населения и воспринимается населением в качестве функционирующей достаточно удовлетворительно. Может возникать определенная неудовлетворенность качеством, однако сокращение объема медицинских услуг пользуется незначительной поддержкой, которая еще более ослабевает, если это достигается путем внедрения рыночных механизмов. Существует фундаментальное различие между правительством, стремящимся распространить выгоды на значительные массы населения, и правительством, стремящимся их отменить (451). Кроме того, в тех случаях, когда целями реформы являлось снижение налогов и распределение расходов с идеологическим, прорыночным уклоном, правительствам приходилось сталкиваться с прямым противодействием групп, которые твердо привержены политике государственного здравоохранения или коллективистским, нерыночным ценностям.

С другой стороны, в тех случаях, когда смысл деятельности правительства в отношении реформы основывается на повышении доступности и качества, то основные социальные ценности могут являться одинаковыми для различных слоев населения. Однако, даже если мотивация реформы воспринимается положительно, между формулированием и осуществлением политики все же существуют препятствия, вызванные необходимостью компромиссов между государственным и частным контролем, ограничениями свободы выбора в связи с бюджетными трудностями, а также предложением услуг и их доступностью (453). На осуществление реформы может влиять и способность

правительств убедить общественность в том, что программы реформ движимы скорее позитивными намерениями, нежели исключительно экономическими трудностями.

В политических системах, в рамках которых произошла смена режима власти, как, например, в странах ЦВЕ и СНГ, реформу могут приветствовать новый средний класс и некоторые работники здравоохранения, поскольку она воспринимается как возможность заменить сверхцентрализованные, бюрократизированные, подавляющие инициативу системы здравоохранения. Хотя реформа может этому способствовать, тем не менее возникают серьезные проблемы ее осуществления, поскольку реформе противодействуют значительные группы населения, которые считают себя оказавшимися в неблагоприятном положении, например пожилые люди. Кроме того, реформы могут быть подорваны напряженными отношениями между старой и новой «гвардией» как среди профессиональных групп, так и среди граждан.

Внешнее влияние

Внешние факторы играли важную роль в разработке реформ системы здравоохранения. Одним из ключевых факторов влияния является заимствование моделей и концепций реформы других государств. Например, создание в конце 70-х и начале 80-х годов национальных служб здравоохранения в Греции, Италии, Португалии и Испании находилось под влиянием британской модели Национальной службы здравоохранения (НСЗ) (454). Проводившаяся в последнее время реформа НСЗ, основанная на концепции конкурентных договорных отношений, которая была позаимствована в Соединенных Штатах, в свою очередь оказала значительное влияние на содержание реформ здравоохранения в ряде стран не только Европейского региона, но и в Латинской Америке, Африке и Азии.

Использование моделей реформ других стран не только оказывает явное влияние на формулирование новых программ реформ, но и имеет существенные последствия для их осуществления. Во многих случаях новые стратегии реформы используются политиками по идеологическим соображениям при слабом представлении о тех ресурсах, которые необходимы для их осуществления. Это затрудняет осуществление реформы, особенно когда перенимающие опыт страны имеют менее развитые системы здравоохранения. Например, Российская Федерация восприняла некоторые идеи реформы без надлежащего изучения возможности их применения в конкретных местных условиях (241). Заимствование идей без профессиональных знаний усугубляет проблемы осуществления реформы, как отмечается ниже, применительно к техническим возможностям управления реформой.

В некоторых случаях политика реформ вызывала слабое доверие, если она воспринималась как навязанная извне, и в результате сталкивалась с

более значительными трудностями. С такими проблемами могут сталкиваться реформы, которые проводятся многосторонними и национальными учреждениями по развитию и связаны со льготами в предоставлении финансовой помощи. Например, в некоторых странах Латинской Америки реформы воспринимались в качестве навязанных извне (455).

ВНУТРЕННЯЯ ЛОГИКА ПРОЦЕССА

Последовательность процесса осуществления реформы, т.е. этапы или шаги, необходимые для осуществления преобразований, является ключевым элементом достижения этой цели. На успех этого процесса может непосредственно влиять система государственного устройства, а также разделение полномочий и власти между центральным и местным уровнями.

Распределение властных функций и полномочий

Практически все правительства передают определенные полномочия или уступают определенные властные функции в области государственного планирования, управления и принятия решений с национального на субнациональный уровень или с более высоких на менее высокие уровни управления (456). Однако на практике, как это видно из главы 2, схемы децентрализации существенно различаются в зависимости от страны. В одних случаях центр осуществляет жесткий контроль над более низкими уровнями административной системы через законодательные и финансовые механизмы. С другой стороны, органы более низкого уровня могут иметь значительную самостоятельность в толковании центральной политики и могут осуществлять определенный контроль над расходами, особенно если они имеют право на получение доходов. Осуществление политики находится под явным влиянием преобладающей схемы, в рамках которой центр может ожидать, что органы власти более низкого уровня будут подчиняться его руководству. Осуществление реформы будет зависеть от того, какой политической властью наделена система государственного устройства и какие механизмы центр может использовать для влияния на субнациональные органы власти. Такие механизмы могут включать меры регулирования, законодательство (дискреционное или императивное), финансовые стимулы и санкции.

Ключевыми факторами осуществления реформы являются статус центра, его полномочия и легитимность. В ряде стран ЦВЕ и СНГ делегирование полномочий страховым компаниям и/или региональным или местным органам власти привело к такому положению, когда министерства здравоохранения, отвечая за ход осуществления, имеют мало полномочий и/или механизмов для проведения реформы. Например, в Российской Федерации значительная часть реформы здравоохранения проводилась региональными властями лишь при слабом руководстве из центра

(241). Аналогичные трудности в Казахстане привели к тенденции возвращения контроля за политикой в области здравоохранения в руки центрального правительства (76).

Во многих странах министерства здравоохранения слабы по сравнению с учреждениями социального обеспечения или страховыми компаниями. Последние выделяют средства на программы в области здравоохранения, во многих случаях уделяя мало внимания приоритетам, установленным министерствами. Аналогичным образом, в странах, система здравоохранения которых финансируется за счет общего бюджета, министерства финансов стремятся играть основную роль в распределении ресурсов. Эта роль министерства финансов имеет также важное значение в ряде тех систем здравоохранения, которые финансируются за счет социального страхования, как, например, в Нидерландах.

Практическое осуществления политики реформ

Хотя распределение полномочий между центральными и местными учреждениями оказывает влияние на ход осуществления реформы, существуют и другие факторы, касающиеся в основном того, как этот процесс осуществляется. Если существует неясность в отношении достижения политических целей, осуществление реформы может вестись нерешительно.

При разработке реформ в области здравоохранения формулируют высокие политические цели, но не могут определить средства их достижения. Это отражает стремление большинства политических систем опираться в большей степени на «умелое использование символов и общих аргументов», чем на тщательное прогнозирование и анализ (457). Во многих анализах реформ здравоохранения отмечается разрыв между политическим намерением и стратегиями приведения политики в действие. Например, в Болгарии была введена новая государственная система медицинского страхования, которая будет находиться под контролем министерства здравоохранения, но очень мало внимания было уделено обсуждению того, каким образом правительство будет консультироваться и сотрудничать с соответствующими учреждениями в рамках новой системы (458). Все же реформа здравоохранения «ориентирована на процесс» и направлена на перестройку отношений между государственным и частным сектором, управленческими работниками и политиками, поставщиками и потребителями услуг. Любая перестройка зависит от того, как следует осуществлять изменения и кто может выступать в поддержку реформы или противодействовать ей.

Для реформы в секторе здравоохранения характерны отдельные факторы, которые особенно затрудняют устранение разрыва между политическим намерением и практическими действиями. В техническом отношении реформа здравоохранения является сложным делом. Ей необходимы добротные инфраструктуры с хорошими информационными системами и

профессиональным уровнем сотрудников, а также значительные дополнительные ресурсы, необходимые для создания новых организационных структур. По определению «реформирование» подразумевает также изменение положения вещей. Для своего успешного проведения реформа нуждается в сотрудничестве или определенном консенсусе между множеством различных участников как в государственном, так и в частном секторе. Кроме того, как отмечается выше, программы реформ имеют тенденцию к постановке множества целей, некоторые из которых могут вступать в противоречие с политическими и социальными ценностями. В таблице 31 приводится ряд типовых факторов, содействующих осуществлению реформы, для получения общего представления о трудностях, с которыми может столкнуться осуществление реформы в секторе здравоохранения(459).

Темпы осуществления реформы

В подходах стран к процессу осуществления реформы наблюдаются существенные различия. Одним из важных аспектов этого процесса являются темпы осуществления странами изменений. Способность к осуществлению быстрых изменений тесно связана с такими политическими факторами, как вид государственного устройства или роль отдельных участников, поддерживающих изменения или противодействующих им.

В 1991 году британское правительство провело ряд всеобъемлющих радикальных реформ НСЗ, которые были осуществлены за весьма короткий период времени. К середине 90-х годов большинство запланированных преобразований было осуществлено радикальным методом реформы здравоохранения (460). Эта стратегия включала централизованную, идущую сверху вниз разработку большого плана реформы, который был приведен в действие без экспериментальных проектов и вопреки мощной оппозиции со стороны Британской медицинской ассоциации и значительной части населения. Действительно, убежденность правительства в необходимости реформ была такова, что оно «действовало без опытных проектов и при минимальном консультировании» (461). Пример Соединенного Королевства подчеркивает силу значительного большинства в унитарном национальном правительстве в деле осуществления реформы: «Если бы в Британии не было политической системы, дающей действующему правительству автоматическое большинство в законодательном органе, то реформы НСЗ 1991 года явно никогда бы не смогли быть осуществлены» (460).

Перестройка системы здравоохранения в Новой Зеландии — стране с конституцией британского образца — осуществлялась аналогичным образом. Реформы в Новой Зеландии имели спорный характер и сталкивались со значительным противодействием, но тем не менее были быстро осуществлены (462). Эти реформы напоминают реформы британской НСЗ,

Т а б л и ц а 31. Факторы, оказывающие влияние на процесс осуществления реформы

| Содействующие факторы | Осуществляемые реформы здравоохранения |
|---|--|
| <p>Четко определенные политические цели</p> <p>Одна основная цель помогает избежать путаницы или конфликта</p> | <p>Цели реформы во многих случаях противоречат друг другу</p> <p>Множество целей, некоторые из которых вступают в противоречие с политическими и социальными ценностями</p> |
| <p>Простые технические факторы</p> <p>Имеются знания и технология.</p> <p>Не требуются дополнительные ресурсы.</p> | <p>Очень сложные факторы</p> <p>Опыт отсутствует.</p> <p>Необходима подготовка кадров.</p> <p>Необходима разработка дорогостоящих информационных систем и систем расчета стоимости медицинских услуг.</p> |
| <p>Незначительное отклонение от существующего положения</p> <p>Легче договориться о постепенных изменениях.</p> | <p>Реформы требуют крупных изменений по сравнению с существующим положением</p> <p>Крупные изменения могут столкнуться с серьезным сопротивлением.</p> |
| <p>Осуществление силами одного участника</p> <p>Межсекторальное сотрудничество усложняет процесс.</p> | <p>Реформы во многих случаях предусматривают множество участников</p> <p>Сотрудничество между государственным и частным сектором затруднено.</p> |
| <p>Быстрое осуществление</p> <p>Короткие сроки ограничивают нарастание сопротивления и отклонения в политике.</p> | <p>Сложные реформы и медленное осуществление</p> <p>Необходимо разработать и внедрить новые системы (процедуры и учреждения).</p> |

Источник: Cleaves (459).

но признано, что они пошли дальше и даже более быстрыми темпами (462). Некоторые утверждают, что реформы системы здравоохранения в Новой Зеландии и в Соединенном Королевстве были больше связаны с идеологией, чем с политикой, основанной на прочном эмпирическом фундаменте (463, 464), и делают вывод, что их быстрое осуществление объясняется характером политических систем этих стран.

В некоторых странах ЦВЕ, особенно в Чешской Республике, темпы реформы были также относительно быстрыми. Эти системы здравоохранения подверглись радикальному преобразованию с созданием новых финансовых механизмов, основанных на социальном страховании, изменениях в методах оплаты труда медицинских работников и децентрализованной организационной и административной структуре.

В отличие от этого централизованного подхода к реформе здравоохранения изменения в Финляндии, Германии, Нидерландах и Швеции были более умеренными. Сохраняя свою смешанную государственно-частную и национально-региональную структуру учреждений, Германия выбрала поэтапную стратегию постепенных изменений, основанных на последовательном принятии законов, направленных на сдерживание расходов. Осуществление реформы в Германии в значительной мере определялось традиционными ценностями и принципами системы медицинского страхования, а также организационными особенностями и механизмами финансирования, связанными с этими принципами. Темпы осуществления были различными в зависимости от того, какие нормативные акты вводились в действие. Если нормативные акты, которые вступали в силу незамедлительно (например бюджетные ограничения в соответствии с законом о реформе 1992 года) имели существенное влияние, то те, которые должны были вводиться в действие на основе договорного процесса между медицинскими страховыми фондами и группами медицинских учреждений, иногда сталкивались со значительным сопротивлением.

В Нидерландах в докладе Деккера 1988 года (261) был изложен масштабный план перестройки системы здравоохранения, который фактически «советовал правительству отказаться от подхода всеобъемлющего планирования в области здравоохранения и опираться на рыночные силы для эффективного сдерживания расходов на здравоохранение» (67). Однако коалиционные перестановки в национальном правительстве, сопровождавшиеся политическим, институциональным и публичным противодействием, привели к тому, что к 1994 году реформа была осуществлена только частично. Как отметил de Roo (67) «все мы являемся свидетелями процесса прагматической социально-политической адаптации политической ценности к новым общественным условиям». Так, в Нидерландах, как и в Германии, организационная структура вместе с основными социальными и политическими ценностями привела к более осторожному, постепенному подходу к реформе.

Реформа здравоохранения в Финляндии и Швеции в целом была главным образом постепенной, хотя каждая страна на уровне национальной системы осуществила преобразования, которые существенно изменили прежние организационные механизмы. В обеих странах схожие роли муниципальных (Финляндия) или национальных и региональных (Швеция) правительств в секторе здравоохранения, а также прагматический упор на создание коалиций различных политических партий для обеспечения преемственности, сделали возможным провести скоординированные, сформулированные на национальном уровне реформы, которые могут быть эффективно осуществлены достаточно независимыми правительствами губерний или муниципалитетов.

Например, в Швеции в соответствии с принятым в 1992 году национальным законодательством права собственности и ответственность за оказание помощи на дому пожилым людям, включая лечебные учреждения, были переданы от 26 провинциальных советов в ведение 284 муниципалитетов. Этот перевод содействовал установлению более тесной связи между помощью престарелым людям на дому и социальными службами муниципалитетов (включая услуги на дому), и большинство наблюдателей сочли это успехом (465). Однако отмечались также случаи, когда национальная и местная политика вступали в противоречие, особенно по вопросам сдерживания расходов. В течение нескольких лет в начале 90-х годов парламент в одностороннем порядке ввел «налоговый мораторий» на губернии, которым было запрещено получать дополнительные доходы от здравоохранения. В то же время отдельные губернии во многих случаях разрабатывали свои собственные стратегии повышения эффективности и действенности руководимой государством системы оказания медицинских услуг.

В Финляндии была применена весьма схожая модель. В результате тесного сотрудничества между национальными и местными органами власти была проведена реформа Хилтунена 1993 года, сместившая центр тяжести контроля и изменившая метод расчета государственных субсидий для местных систем здравоохранения. Эта реформа, которая планировалась в течение четырех лет и потребовала внести более 50 изменений в национальное законодательство, осуществлялась по графику. Вопросы, связанные с контролированием расходов, в большей степени касавшихся муниципалитетов, вызвали множество различных инициатив в целях влияния на стимулы для поставщиков медицинских услуг.

В целом, несмотря на многочисленные структурные и культурные различия между Финляндией и Швецией и между этими двумя северными странами и Германией и Нидерландами, наблюдается некоторое сходство процессов осуществления реформы в секторе здравоохранения. Конкретно разделение полномочий в области принятия решений в секторе здравоохранения привело к более взвешенному подходу по сравнению с

тем, который наблюдался в таких централизованных странах, как Новая Зеландия и Соединенное Королевство.

Реформы, осуществленные в Италии (1978 год), Греции (1983 год) и Испании (1986 год), также проводились по нарастающему принципу (454). Ключевые аспекты планов реформ, например, изменение основного источника финансирования (от социального страхования к общему налогообложению) или разработка новых моделей оказания медицинских услуг, были реализованы только частично. Некоторые из аргументов в поддержку ограниченности процесса этого частичного осуществления включают лоббирование политических партий и заинтересованных групп, нехватку квалифицированных кадров для осуществления изменений и отсутствие политически независимой гражданской службы для осуществления реформ. Применительно к Италии и Испании еще одним объяснением может быть продолжающийся процесс децентрализации, который предоставил региональным правительствам значительную самостоятельность в установлении приоритетов (454).

Последним аспектом осуществления реформы является соотношение между ожидавшимися и неожиданными политическими результатами. Особенно применительно к мерам, ориентированным на рынок, предложения о проведении реформы могут вызвать упреждающие тенденции, поскольку основные участники системы здравоохранения стремятся найти свое место в будущей системе. Описывая процессы изменений в голландской системе здравоохранения, Гроневеген (466) считает, что они были вызваны даже самой дискуссией, инициированной Деккером. Идеи в отношении введения рыночных понятий, содержащиеся в докладе Деккера (461), вызвали специфическую реакцию влиятельных участников в области здравоохранения даже до определения правительством своей политики. Таким образом, только само ожидание реформы может привести к неожиданным и незапланированным изменениям.

РОЛЬ УЧАСТНИКОВ

Помимо условий и характера процесса ключевыми определяющими факторами изменения политики являются участники или заинтересованные группы. Важную роль в осуществлении реформы играют четыре вида участников: население, медицинские работники, политические элиты и заинтересованные группы.

Население

Относительная способность населения оказывать влияние на развитие службы здравоохранения в качестве индивидуумов или членов заинтересованных групп значительно варьируется в европейских странах и зависит от уровня участия государства в каждой системе здравоохранения. Как

отмечено в главе 2, механизмы участия лучше разработаны в Ирландии, Нидерландах, Соединенном Королевстве и в Скандинавских странах, хуже — в странах Южной и Восточной Европы. Например, в Нидерландах участие групп потребителей достаточно оформлено на официальном уровне, причем голландская Федерация пациентов и потребителей участвует в процессах принятия различных решений (170).

Однако в целом мнение пациентов о реформе системы здравоохранения во многих случаях учитывается слабо. Хотя формально многие предложения в отношении реформы преследуют цель расширения участия граждан, их мнения и мнения пациентов часто игнорировались при разработке и осуществлении реформ в последнее время. Тем не менее широкая публичная поддержка реформы может быть эффективным катализатором изменений, равно как и отсутствие которой может оказаться серьезным препятствием.

Медицинские работники

Специалисты в области общественных наук часто указывают на то, что разработка и осуществление политики в области здравоохранения находится под сильным влиянием работников, связанных с этой сферой. Это так называемое «профессиональное доминирование» отражает ключевые особенности как медицинских работников, так и сектора здравоохранения. Одним из важнейших факторов является центральная роль врачей в рамках медицинских учреждений в связи с их контролем над сведениями, связанными с заболеваниями. Это объясняет высокий социальный статус медицинских работников во многих европейских обществах. В результате связанные со здравоохранением лица могут оказывать достаточное влияние для преобладания скорее профессиональных, нежели государственных интересов, оказания услуг с учетом профессиональных интересов и содействия профессионального престижа и статуса их ведущей роли в принятии решений (467, 468). Например, медицинские работники во многих случаях оказывают свое влияние через заинтересованные группы или группы давления. Отчасти в связи с разнообразием функций различных медицинских организаций это влияние в европейских странах значительно варьируется. Некоторые такие организации, как Французский орден медицинских работников или Британская медицинская ассоциация, действуют в качестве профсоюзов. Другие, как, например, Британские и Ирландские королевские коллегии или Федеральная комиссия в Германии в большей степени занимаются профессиональными стандартами. Некоторые организации, например, Коллегия медицинских работников в Испании, осуществляют обе эти функции. В странах ЦВЕ и СНГ растет число медицинских организаций, стремящихся играть более влиятельную роль в развитии национальной политики в области здравоохранения.

Медицинские работники сыграли важную роль в разработке реформ в ряде европейских стран. В таких странах ЦВЕ, как Чешская Республика и Латвия, они стали как движущей силой, так и проводниками реформы. В Чешской Республике медики воспользовались изменением политических условий и стали проводить свою собственную политику, в соответствии с которой производители медицинских услуг получают возмещение на платной основе из фондов медицинского страхования (Potucek, M., неопубликованные данные, 1994). Это конкретное изменение политики оказало значительное влияние на Национальный фонд медицинского страхования, который обанкротился менее чем за шесть месяцев после своего создания (174). В той же Чешской Республике медицинские работники прибегли к забастовкам для выражения несогласия с отдельными мерами в рамках реформы, достигнув при этом значительных результатов.

Политические элиты

Политические элиты — политики высокого уровня, чиновники и управленцы, которые формулируют и осуществляют политику, являются влиятельной группой в секторе здравоохранения. Основные вопросы во многих случаях возникают в связи с соответствующими полномочиями и интересами каждой группы. В частности, чиновники играют стратегическую роль в осуществлении реформы, а их реакция на политические меры может оказать влияние на результат. Политика, преимущества которой становятся очевидными только в долгосрочной перспективе, может негативно восприниматься осуществляющими реформы лицами — чиновниками и управленцами, которые должны внедрять новые системы, ломать старые привычки и отказываться от привычных форм безопасности, контроля, ответственности или даже коррупции (469). Чиновники, осознающие соответствующие издержки задолго до того, как общественность увидит какие-либо выгоды, могут найти способы замедления или изменения политики. Во избежание таких действий политики обычно считают полезным получить поддержку вне среды чиновников. В Соединенном Королевстве центральную роль в осуществлении преобразований в государстве всеобщего благосостояния играли именно политики, а не чиновники Министерства здравоохранения (451).

Политики могут как поддерживать изменения, так и препятствовать им. Например, несмотря на то, что политики Финляндии и Швеции часто говорили о стремлении децентрализовать управление в пользу медицинских учреждений, они проявили явное нежелание ограничить свое прямое участие в предоставлении медицинских услуг (470). Поэтому в определенном смысле меры по реформе здравоохранения натолкнулись на сопротивление членов той самой группы, которая стремилась к их осуществлению.

Склонность политиков к тому, чтобы менялись все, но не они сами, может стать фактором замедления разработки мер социальной политики, включая реформу сектора здравоохранения, в большинстве стран Центральной Европы. Один наблюдатель отметил, что «Центральная и Восточная Европа, несомненно, не готовы и не желают двигаться непосредственно от государственного патернализма к гражданскому обществу» (Potucek, M., неопубликованные данные, 1994). Эта политическая непримиримость может создать особые проблемы для осуществления реформы здравоохранения. Например, другие участники могут усилить свое влияние, и может возрасти роль таких заинтересованных групп, как медицинские работники или страховые компании.

При рассмотрении роли политических элит важно учитывать уровень, на котором они действуют. Чиновники в центре могут быть относительно оторваны от повседневных забот управленцев или «районных чиновников» местного уровня. При формулировании политики должностные лица на центральном уровне не обязательно будут принимать во внимание возможность ее осуществления и, даже если это происходит, они могут не знать о потенциальных проблемах.

Наконец, среди различных групп политических элит существуют разногласия по ряду вопросов. Например, в некоторых странах влиятельная роль медицинских работников ослабевает под усиливающимся влиянием чиновников и управленцев, а в некоторых случаях и полностью переходит к ним. Изучение последствий изменений в британской ГСЗ для медицинских работников выявляет растущий управленческий контроль над профессиональной деятельностью. Тем не менее медицинские работники по-прежнему прочно контролирует свою деятельность и рынок труда (467).

Заинтересованные группы

В ряде европейских стран очевидна растущая роль заинтересованных групп. К разнообразным организованным группам относятся не только пациенты и медицинские работники, оказывающие значительное влияние на реформу, но и другие заинтересованные группы, представляющие коммерческие интересы. Например, фармацевтические предприятия и предприятия по производству медицинского оборудования или медицинские страховые компании также оказывали значительное влияние.

В Европе рост числа таких групп привел к тому, что стали говорить о «перенаселенной политической среде» (471), и в тех случаях, когда они особенно сильны, принятие решений может быть весьма затруднено. Отклонение предложений Клинтона по реформе системы здравоохранения в Соединенных Штатах демонстрирует влияние заинтересованных групп в процессе осуществления политики. Это также подчеркивает, что заинтересованные группы не столь (если вообще) альтруистичны в

своих требованиях, а обычно стремятся к защите своих собственных интересов (472).

Системы здравоохранения стран ЦВЕ и СНГ исторически характеризовались сильным контролем со стороны центра (174). После распада этих централизованных политических систем новые правительства стремились создать для своих систем здравоохранения новые структурные схемы. Одним из последствий была замена административной элиты на необученный и/или неопытный персонал, а также открытие системы здравоохранения для влияния целого ряда новых заинтересованных групп. «Новые» в этом смысле означает, что медицинские работники, управленцы и администраторы, местные политики и граждане считают, что им следует играть более значительную роль в перестройке системы здравоохранения. Действительно, некоторые авторы утверждают, что изменение структуры власти через плюралистическую систему здравоохранения имеет важное значение для удовлетворения новых потребностей и требований и повышения общей эффективности (473).

Выводы из практического опыта

Как отмечено в предыдущем разделе, существует несколько факторов, которые обеспечивают больший успех одних правительств по сравнению с другими в осуществлении реформы. В настоящем разделе внимание уделяется этим факторам и обстоятельствам, лежащим в их основе. Однако следует остановиться на двух важных моментах в отношении толкования «успеха». Во-первых, в этом контексте успех означает способность осуществлять желаемые политические меры независимо от их конечного результата. Ценность этих мер определяется не с точки зрения их качества, а лишь с позиции их реализации. Поскольку оценка является центральным элементом реформы, о стратегиях осуществления следует также судить по тому, насколько в них учитываются механизмы оценки и обратной связи в качестве неотъемлемой части этого процесса. Во-вторых, хотя реформы не были проведены в полном объеме в большинстве стран, это не следует рассматривать в качестве негативного фактора. Даже небольшое изменение в системе здравоохранения может оказаться достаточно радикальным. Например, в Нидерландах, несмотря на формально медленные темпы реформы, в неформальном смысле серьезные изменения стали следствием самой дискуссии по реформе.

Анализ опыта осуществления реформы предлагает семь факторов, которые играли центральную роль в осуществлении изменений: временные рамки; финансовая поддержка; политическая воля и руководство; стратегические союзы; поддержка общественности; управление процессом и техническая инфраструктура и потенциал.

СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

Вероятность успеха реформы будет определять, несомненно, существующая политическая, социальная и экономическая обстановка, в рамках которой ее предстоит осуществлять. В предыдущем разделе отмечалось важное значение для проведения изменений таких факторов, как экономический спад или политическая нестабильность. Ключевым фактором успеха является выбор наиболее подходящего времени для реформы, т.е. формирование необходимых или конкретных условий, которые способствуют изменениям.

В периоды политических изменений, которые могут принимать форму от войны, как в Хорватии, до смены политического режима, как в большинстве стран ЦВЕ и СНГ, могут быть созданы возможности для радикальной перестройки и это может привести к проведению весьма глубоких реформ. Новое правительство может обладать необходимой политической легитимностью для осуществления тех политических мер, от которых отказывались его предшественники. Периоды глубоких политических и социальных преобразований открывают «исторические возможности» для изменений. Например, реформы национальной службы здравоохранения в Греции, Португалии и Испании были проведены после длительных периодов авторитарного правления и принятия новых конституций, провозгласивших здоровье в качестве социального права (454). Изменения, происходящие в странах ЦВЕ и СНГ после падения коммунистических режимов, являются убедительным аргументом в поддержку этой точки зрения.

Тем не менее поддержание быстрых темпов изменений может быть связано с трудностями. В Российской Федерации и в ряде других стран СНГ начальный импульс в направлении изменений был ослаблен нестабильной экономической ситуацией. Даже если обстановка способствует изменениям, существует согласие в отношении необходимости изменений, как это было в Финляндии или в Соединенном Королевстве, политики могут располагать самое большее только пятью годами — «медовый» период реформы, в течение которых они могут действовать. Это подтверждается растущим сопротивлением населения радикальным изменениям, что в настоящее время наблюдается в странах ЦВЕ и СНГ.

Время и сроки имеют важнейшую роль в принятии решения о том, когда проводить реформу и каким образом осуществлять изменения. Политики должны отслеживать политические, социальные и экономические изменения и выявлять факторы, способствующие осуществлению реформы.

ФИНАНСОВАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ

Основную роль в осуществлении реформы играет наличие финансовых ресурсов, поскольку экономический спад часто является основной трудностью. В странах ЦВЕ и СНГ введение новых схем финансирования и

новых моделей оказания услуг было замедлено сокращением бюджетных ассигнований на здравоохранение (до 40% в некоторых центральноазиатских республиках).

Даже когда меры в рамках реформы направлены на сдерживание расходов или достижение экономии, их результаты могут и не ощущаться в краткосрочном плане. Дополнительные расходы, например на информационные системы и подготовку управленческих кадров, необходимы для создания таких новых организационных механизмов, как заключение договоров с больницами. Дополнительные ресурсы могут потребоваться для таких незначительных изменений в установившейся организации служб, как смещение приоритетов между регионами.

Организаторам здравоохранения необходимо учитывать финансовые последствия предлагаемых ими реформ. Им следует быть готовыми к достижению конкретных целей и вкладывать дополнительные ресурсы в конкретные области. Принятие новых подходов или осуществление изменений в установившейся схеме услуг, даже если это направлено на достижение экономии, в большинстве случаев требует финансовой поддержки.

ПОЛИТИЧЕСКАЯ ВОЛЯ И РУКОВОДСТВО

Политическая воля является важным фактором, оказывающим влияние на осуществление политики. Твердая приверженность правительства выполнению программы реформы является важным аспектом успеха. Некоторые трудности, наблюдавшиеся при осуществлении реформы системы здравоохранения во многих странах ЦВЕ, можно рассматривать в качестве функции политической воли и политической стабильности. Многие правительства просуществовали недолго, а быстрые изменения в административной системе привели к выдвиганию различных предложений по реформе. В ряде стран ЦВЕ и СНГ наблюдалось также стремление попытаться заменить системы, созданные прежними режимами, на совершенно иные структуры, что связано с опасностью отказа от хорошего в пользу плохого (474).

Отсутствие политического руководства может оказаться дополнительной трудностью. Некоторые политические лидеры имеют только общее представление о своих целях и поэтому их могут убедить в осуществлении плохо продуманной политики. Если существует политический вакуум, то различные учреждения, организации и группы будут стремиться подталкивать содержание реформы к изменениям, которые более приемлемы для них самих. Множество подходов к формулированию и осуществлению политики может привести к бездействию (475), и, напротив, реформа может отражать заинтересованность таких конкретных заинтересованных групп, как страховые компании или медицинские работники.

Важно выявить лидера, который привержен реформе. В Нидерландах и Испании для руководства поиском приемлемых решений были выбраны

персоналии вне сектора здравоохранения, с тем чтобы создать консенсус в отношении изменений и продемонстрировать объективную основу для реформы. Промышленник Деккер в Нидерландах и политический деятель Абрил в Испании разработали в отношении систем здравоохранения своих стран подробные предложения, которые привлекли широкое внимание и вызвали дискуссию. Участие аутсайдеров в анализе системы здравоохранения может оказаться полезным для стимулирования дискуссии, но это также может вызвать опасность того, что лица, заинтересованные в сохранении существующих механизмов, объединятся против предлагаемых изменений.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ СОЮЗЫ

В ходе осуществления политики правительства зависят от ряда участников или заинтересованных групп. Это тем более верно, если в качестве основной стратегии они выбирают децентрализацию. Если перестройка приводит к выбору более пассивного подхода, то зависимость правительства в реализации своей политики от других участников усиливается. Это имеет особенно важное значение в восточной части региона, где правительства проводят реформы, которые сужают их собственные полномочия за счет привлечения таких новых мощных заинтересованных групп, как фармацевтические и страховые компании.

Пока еще полностью не ясно будут ли эти новые участники содействовать политическому процессу или препятствовать ему. Ключом к успешному осуществлению реформы является максимальное использование потенциала «политических союзников» путем объединения граждан, организаций и учреждений, поддерживающих предлагаемые изменения, и ослабления влияния «политических противников» за счет таких мер, как гибкое применение льгот и стимулов. Один подход, который имел определенный успех, заключается в провоцировании столкновения между двумя влиятельными заинтересованными группами. Можно утверждать, что одним из условий успеха реформ в Новой Зеландии и Соединенном Королевстве было создание такой ситуации, в которой одни участники — управленцы — поддержали изменения и восприняли конкретные льготы для себя с точки зрения самоуважения, повышения престижа и роста влияния, причем в такой степени, что они решили игнорировать проблемы других участников (476).

ОБЩЕСТВЕННАЯ ПОДДЕРЖКА

Население в широком смысле является особой заинтересованной группой, способной повлиять на изменения. Убежденность населения в необходимости проведения реформы может иметь серьезное стимулирующее воздействие. Напротив, игнорирование мнения общественности, даже

если это способствует изменениям, может в долгосрочной перспективе замедлить и даже остановить реформу.

Это, по-видимому, особенно относится к случаям, когда осуществляемые реформы приводят к обострению конфликта между социальными и рыночными ценностями, что явилось одним из факторов торможения процесса реформы в Нидерландах (466). Мнение общественности замедлило также темпы осуществления реформы системы здравоохранения в Соединенном Королевстве, особенно переход от политики скрытой приватизации к приватизации, в которой важное значение придавалось регулируемому рынку (70). В некоторых странах замедление реформ усиливает опасность для правительств и политиков считать однозначным, что их предложения по реформе пользуются общественной поддержкой.

Одним из полезных методов является использование символов в представлении реформ. Это может быть полезным инструментом в осуществлении реформы систем здравоохранения или, по крайней мере, для ее поддержки. Символизм может включать использование формулировок, которые, апеллируя к населению, наиболее точны в своем значении или толковании. Трудность использования символики заключается в том, что хотя люди могут поддерживать сам подход, осуществление реформы будет в значительной степени зависеть от силы и диапазона различных интересов и согласия в отношении соответствующих целей. Поэтому общественность должна понимать суть проблемы и необходимость преобразований и ей должны быть предложены решения, вызывающие доверие.

Средства массовой информации могут во многих случаях играть эффективную роль в содействии осуществлению реформ и в обеспечении общественной поддержки. Например, рекламная компания государства была одним из факторов, которые содействовали перестройке части сектора здравоохранения на северо-востоке Бразилии (477). В Мексике исследование, выявившее значительную общественную поддержку реформы здравоохранения, было целенаправленно использовано для предоставления населению возможности высказаться и выступить в поддержку сторонника реформы (478). В Турции официальные лица использовали средства массовой информации для продвижения реформы и обеспечения общественной поддержки, а также для того, чтобы настроить общественное мнение против медицинских работников, которые сопротивлялись изменениям.

УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССОМ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Управление процессом преобразований требует ряда навыков. Один из них касается оценки обстановки или условий, в которых этот процесс будет осуществляться, не только для выявления возможных препятствий,

которые могли бы затруднить осуществление, но и для выявления факторов, способствующих этому процессу. Изложенные выше соображения иллюстрируют каким образом некоторые правительства могут оценить существующую обстановку и воздействовать на нее в пользу реформы.

Техническая способность управлять процессом преобразований требует и ряда других важных навыков. Ключевыми элементами являются установление целей, распределение ответственности, использование таких механизмов, как законодательство или финансовые стимулы, и определение темпов процесса.

Определение целей реформы

Точное определение целей с самого начала помогает выбрать четкое направление движения и содействовать общественному консенсусу. Однако в некоторых странах организаторы здравоохранения проводили символическое обсуждение, не раскрывая подлинных целей для отвлечения политического внимания. Хотя этот подход может ускорить первоначальный процесс, в долгосрочном плане он способен также вызвать противодействие, которое может помешать достижению целей. Независимо от того, изложены ли эти цели ясным, недвусмысленным языком или они открыты для различных толкований, их достижение будет отчасти зависеть от того, имеет ли данное правительство прочный политический мандат и уверено ли оно в проведении реформы даже при условии противодействия.

Распределение управленческой ответственности

В европейских странах были использованы различные организационные и управленческие механизмы для осуществления процесса реформы. Некоторые страны не имели никаких четких процедур. Например, такие различные страны, как Германия, Российская Федерация и Соединенное Королевство, не создавали официальных механизмов, а вместо этого для достижения своих целей опирались на сочетание законодательства (см. ниже) и поддержку профессиональной группы (которой во многих случаях обеспечивались особые стимулы). Иной подход был принят Турцией, которая создала небольшое подразделение специально для осуществления реформы. Его мандат заключался в продолжении реформы здравоохранения с помощью технических средств, продвижения идеи о необходимости реформы (аспекты общественных отношений и маркетинга), разработки консультативных процедур и объединения усилий с группами, поддерживающими реформу. Этот подход хорош до тех пор, пока руководящий этим процессом орган пользуется политической поддержкой и имеет соответствующие управленческие, финансовые и законодательные инструменты.

Использование законодательства

Принятие соответствующих законов на начальных этапах этого процесса может существенно облегчить реформу, хотя это автоматически не гарантирует ее осуществление, о чем свидетельствует опыт многих стран ЦВЕ. Реформы систем здравоохранения в большинстве стран Северной Европы опирались на правовую легитимность их осуществления. Например, в Германии темпы реформы системы здравоохранения зависели от характера соответствующего законодательства и связанных с этим нормативных актов. Легче было осуществлять реформы на основе конкретных нормативных актов и труднее те реформы, которые зависели от договоренностей между различными группами.

Однако эффективность этого средства зависит от особенностей конкретной системы здравоохранения. В некоторых странах Южной Европы законодательство было менее эффективным. Аналогичным образом, в некоторых случаях чрезмерно регламентированные законы и нормативные акты могут замедлить или ограничить осуществление реформы. Хорошим примером этому является Хорватия. В этой стране основное гибкое законодательство содействовало изменениям. Однако хотя законодательство играет важную роль, для достижения желаемых результатов ему необходима поддержка другими мерами.

Финансовые стимулы

Финансовые стимулы успешно применялись для содействия осуществлению реформы как в качестве разовых, так и постоянных стимулов. Один из подходов предусматривает выделение «подъемных средств» для начала процесса изменений или финансирования экспериментальных новшеств. В Соединенном Королевстве правительство выделило средства для ускорения внедрения системы управления ресурсами больниц (479) и способствовало превращению медицинских работников во владельцев государственных ценных бумаг путем финансовой поддержки компьютеризации процесса управления и ведения медицинских карт пациентов (480).

Темпы реформы: радикализм или эволюционность?

Существуют различные мнения о сравнительных преимуществах быстрой и радикальной реформы и более эволюционных подходов. Способность осуществлять быстрые реформы зависит в основном от схемы структур управления и от политической воли, и на нее также оказывают влияние такие факторы, как состояние экономики или уровень поддержки основных заинтересованных групп. Быстрые реформы, проводимые по принципу разработки крупномасштабного плана на директивном уровне, как это было в Чешской Республике, Новой Зеландии и Соединенном

Королевстве, оказались эффективными в проведении изменений в течение короткого периода времени. И все же осуществление реформ, в отношении которых минимальный общественный консенсус отсутствует, может столкнуться с противодействием как со стороны населения, так и муниципальных работников. Аналогичным образом, когда быстрые и радикальные изменения основаны на идеологии, а влияние выбранных стратегий заранее тщательно не изучено — что является обычным сценарием для осуществляемых в Европе реформ — эти изменения по политическим или техническим причинам не могут быть недолговременными.

Более эволюционный подход, при котором изменения апробируются на местах до их распространения на всю страну, может быть более эффективным (463). Это дает больше информации об эффективности различных подходов, позволяя принимать лучшие решения. В долгосрочном плане эволюционный подход может привести к более устойчивой в социальном отношении политике по сравнению с крупномасштабными изменениями, проводимыми в ходе радикальных реформ. Швеция является примером преимуществ реформ, апробированных на местах, когда крупные организационные изменения сначала осуществлялись отдельными советами губерний. До начала полномасштабной реформы Италия отработала систему составления бюджетов больниц на основе группировки пациентов по диагнозу в рамках ряда экспериментальных проектов. Подход с апробированием на местном уровне может быть более эффективной моделью для стран ЦВЕ и СНГ, занимающихся перестройкой своих систем здравоохранения в условиях слабой политической инфраструктуры (449).

Однако апробирование на местном уровне или эволюционный подход имеет и ряд недостатков. Медленные темпы реформы позволяют основным заинтересованным группам организовать до начала осуществления изменений и таким образом наращивать сопротивление. Это наблюдалось в процессе реформы в Нидерландах, где по причине медленной реализации предложений Деккера прокатилась волна слияний медицинских страховых компаний и некоторых крупных больниц для защиты своей доли в рынке на случае практической реализации этих предложений (466).

Поэтому эволюционный подход требует более широкого консенсуса между основными участниками сектора здравоохранения. Вероятность успеха эволюционного подхода также выше, если аналогичные процессы реформ ведутся в других секторах социальных услуг, создавая критическую массу, которая может сделать реформу ощутимой. Хотя наилучший подход каждой страны в конечном счете зависит от ее конкретных условий, все-таки складывается консенсус в пользу придания гибкости процессу реформы. Одно из возможных решений может заключаться в сочетании радикального подхода на политическом уровне для принятия законодательства о реформе с ее целенаправленным проведением в учреждениях

здравоохранения. Конечно, показателем качества любого подхода будет его способность обеспечить систематический и устойчивый характер реформы. В данном случае, как и применительно ко всей реформе здравоохранения, задача заключается в организации процесса на основе реального опыта в качестве противовеса политической поспешности.

Организаторам здравоохранения следует быть готовыми к изменению этой стратегии, если ее различные аспекты осуществляются плохо, при условии, что такие изменения не оказывают влияние на содержание реформы. С учетом необходимости гибкого подхода важно четко определить роль министерства здравоохранения после осуществления реформы.

ТЕХНИЧЕСКАЯ ИНФРАСТРУКТУРА И ПОТЕНЦИАЛ

Осуществление реформы зависит от наличия надежной информации, а также от соответствующих технических навыков. К странам, которые добились наиболее значительного прогресса в реформе системы здравоохранения, относятся главным образом те страны Северной и Западной Европы, которые уже располагали информационными системами для наблюдения за ходом процесса, а также управленческими и техническими навыками, необходимыми для реализации этой политики. Страны, которые не соблюдали одно или оба этих требования, как правило, продвигались вперед медленно. Например, Чешская Республика, Венгрия и Словения добились большего успеха частично благодаря использованию существенного потенциала, не пытаясь разрушить прежнюю структуру и создать новую. Они избрали путь привлечения отдельных заинтересованных групп, например медицинских ассоциаций, к созданию потенциала и работали с внешними учреждениями в деле подготовки кадров, которым предстояло взять на себя ответственность за осуществление реформ. Они также действовали в направлении наращивания потенциала в области аудита и финансового управления.

В целом, если инфраструктура, а также необходимые для реформы систем здравоохранения технические и управленческие возможности не развиваются параллельно созданию законодательной и политической базы, то такая реформа вряд ли будет успешной или устойчивой.

Стратегии осуществления реформы

Осуществление реформы следует рассматривать в качестве неотъемлемой части процесса реформирования, а не просто как административную или управленческую задачу (481). На разработку стратегии осуществления следует направлять такой же объем подготовки и усилий, какой тратится на разработку политики. Однако осуществление реформы не является ни точной наукой, ни автоматическим процессом. Не существует

никакого единого набора стратегий, которые, если им четко следовать, способны обеспечить успех. Кроме того, необходимо учитывать индивидуальный исторический опыт, экономическое положение, государственное устройство и/или сравнительное влияние заинтересованных групп в каждой стране. Таким образом трудно, если не контрпродуктивно, утверждать, что некоторые стратегии непременно увенчаются успехом. Поэтому принятый подход заключается в том, чтобы определить ряд общих стратегических направлений, которые подтвердили свою эффективность в отдельных странах.

РАЗРАБОТКА ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ

Некоторые страны для контроля за осуществлением реформы разрабатывали общий план или план действий, ключевыми элементами которого были: подотчетность и ответственность; структура управления процессом осуществления; анализ ресурсов (финансовых, людских и технических) и источников финансирования; этапы осуществления в смысле сроков принятия различных мер, оказывающих влияние на осуществление, и метод их реализации.

Этот подход, позаимствованный из теории рационального планирования, может быть полезным, поскольку он дает четкий набор руководящих принципов для контроля за осуществлением реформы. Тем не менее организаторы здравоохранения должны быть готовы проявить гибкость в управлении этим процессом, особенно в плане темпов реформы и соблюдения намеченного графика.

МЕТОД «МАЯТНИКА» ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Многokrратно повторяющиеся и многоплановые особенности осуществления реформы учитываются в рамках метода «маятника» для проведения преобразований (482). В методе «маятника» используются две взаимосвязанные стратегии: достижение консенсуса (ослабление противодействия) и наращивание процесса реформы.

Стратегии достижения консенсуса включают ряд следующих мер.

- Свести к минимуму опасения в отношении культурных или социальных изменений, а с основными участниками или заинтересованными группами следует провести консультации для выяснения их мнения о возможном влиянии на них предлагаемых изменений. Их обеспокоенность следует принять к сведению и изыскать пути для устранения их опасений.
- Следует культивировать осознание необходимости изменений и их последствий. Это должно включать объяснение цели изменений,

поскольку разрыв между пониманием и реальностью может быть значительным и способен усиливать неприятие и/или противодействие.

- Следует формировать позитивную поддержку изменений, четко объясняя заинтересованным группам те выгоды, которые эти изменения принесут им и всей системе здравоохранения в целом.
- Следует создавать политические союзы, поддерживающие преобразования, по возможности изолируя заинтересованные группы, сопротивляющиеся им. Если это невозможно, то следует изыскать пути влияния на их поведение либо косвенно через стимулирование групп, поддерживающих реформы, либо непосредственно через выплаты или другие льготы.
- На раннем этапе этого процесса заинтересованные группы следует информировать об ожидаемых результатах и возможных последствиях преобразований. Следует составить подробный план процесса преобразований с распределением задач и обязанностей, предусмотрев необходимые ресурсы, выявив потребности в подготовке кадров и связанным с этим наращивании потенциала, а также определить ряд ориентиров, по которым можно будет следить за ходом процесса.

Параллельная стратегия включения реформы в процесс осуществления политики переплетается со многими мерами, упомянутыми применительно к достижению консенсуса. Однако существуют некоторые меры, которые необходимы для быстрого осуществления реформы.

- Преобразования должны быть распределены в пределах разумного периода времени, причем начинать следует с наименее спорных. По мере укрепления доверия можно переходить к реализации наиболее спорных элементов. Такой подход был успешно применен в Германии и Венгрии.
- Одновременно с разработкой любой политики должно планироваться ее осуществление. Осуществление может быть облегчено, если эта политика разработана в виде ряда взаимосвязанных проектов, каждый из которых имеет свою собственную стратегию осуществления.
- Основные участники и заинтересованные группы, затрагиваемые этой политикой, независимо от того, поддерживают они ее или нет, должны привлекаться к ее осуществлению. Один из путей достижения консенсуса мог бы заключаться в материальном стимулировании поддержки. В то же время те, кто сопротивляется преобразованиям, не должны оказываться в неблагоприятном положении, поскольку это может привести к дальнейшему ужесточению их позиции.

- Следует создать процедуры как для процесса мониторинга, так и оценки последствий преобразований в соответствии с согласованными целями. Заинтересованные группы будут рассчитывать на получение обещанных выгод и могут снять свою поддержку, если это не произойдет. Быстрая реакция на изменения дает возможность при необходимости принять корректирующие меры.

Метод «маятника» не гарантирует успех. Что он действительно обеспечивает, так это общую основу или процедуру, которая может дать возможность правительствам и другим органам реформировать систему здравоохранения, что может принести ощутимые выгоды для населения. Таким образом, любой процесс должен включать два важных аспекта:

- механизмы мониторинга, в рамках которого не планируется никакой официальной оценки реформ, и
- четкие, открытые и последовательные механизмы обратной связи в отношении планируемых реформ в целях сведения неопределенности к минимуму.

КОМПЛЕКС МЕР

Некоторые меры, которые могли бы содействовать осуществлению реформы, кратко изложены в таблице 32. Ее значение заключается в том, что организаторы здравоохранения могут выбрать те меры, которые дают им возможность разработать достаточно надежную для полного осуществления реформы политику.

Эти меры, которые охватывают как достижение консенсуса, так и тактику осуществления, разбиты на четыре отдельные, но взаимосвязанные категории:

- *потенциал/ресурсы*: технические, управленческие и финансовые инфраструктуры, необходимые для осуществления реформы;
- *культурные/социальные факторы*, которые препятствуют или содействуют разработке и осуществлению реформы системы здравоохранения;
- *политические союзы*: процесс формирования отношений, которые будут содействовать успешным преобразованиям;
- *системные меры*: процедурные цели, достижение которых будет содействовать поддержке преобразований и их проведения.

Эти меры разбиты также в соответствии с тремя ключевыми аспектами реформы: общий анализ, детальный анализ и анализ перспективы развития (Brinkerhoff, D.W., неопубликованные данные, 1995).

Общий анализ напоминает о том, что организаторы здравоохранения должны видеть события, происходящие за пределами своих собственных

Т а б л и ц а 32. Комплекс мер для осуществления реформы

| Потенциал/ресурсы | Культурные/социальные факторы | Политические союзы | Системные меры |
|---|--|--|--|
| Общий анализ | | | |
| Предоставление возможности для ознакомительных посещений представителями основных заинтересованных групп. | Начало дискуссии по реформе и процесс разработки политики. | Определение действий заинтересованных групп. | Установление четких, точных целей. |
| | Поощрение поставщиков медицинских услуг к нововведениям. | Привлечение профсоюзов и соответствующих учреждений. | Определение ожидаемых результатов. |
| | | Готовность к компромиссу. | Выявление основных заинтересованных групп. |
| Детальный анализ | | | |
| Создание приемлемых механизмов, обеспечивающих финансирование. | Избежание слишком широкой опоры на рыночные принципы. | Ограничение лоббирования со стороны учреждений здравоохранения и производителей услуг. | Установление поддающихся выявлению и оценке целей. |
| Четкое определение объема и роли системы налогообложения. | Установление четких принципов в области отчетности. | Учет идеологических и конституционных ограничений. | Избежание слишком сложных управленческих систем. |
| Введение бюджетных и аудиторских процедур. | | | Передача технических вопросов на усмотрение управленцев. |

Т а б л и ц а 32 (продолжение)

| Потенциал/ресурсы | Культурные/социальные факторы | Политические союзы | Системные меры |
|--|--|---|---|
| <p>Сосредоточение внимания на эффективности и результативности преобразований.</p> | | | |
| <p>Согласование целей и финансовых ресурсов.</p> | | | |
| <p>Наращивание потенциала за счет подготовки кадров.</p> | | | |
| <p>Создание местной базы данных и системы оценки результатов.</p> | | | |
| <p>Анализ перспективы развития</p> | | | |
| <p>Финансирование реформы отдельно от других видов деятельности.</p> | <p>Установление постоянной обратной связи в отношении прогресса.</p> | <p>Избежание чрезмерной зависимости от основных заинтересованных групп.</p> | <p>Разработка нормативных актов на основе законодательства.</p> |
| <p>Создание механизмов для урегулирования конфликтов.</p> | <p>Установление темпов реформы на основе небольших, необратимых шагов.</p> | <p>Планы действий основных заинтересованных групп.</p> | <p>Сбалансированность финансовых и технических целей.</p> |
| <p>Готовность к резкому изменению роли основных участников.</p> | | | <p>При необходимости новое определение ролей.</p> |

учреждений, и знать о том, кто и что может оказать влияние на достижение их целей. Общий анализ включает признание влиятельности заинтересованных групп, привлечение участников, создание союзов и установление партнерских отношений, определение четких и достижимых целей и формирование коалиций для проведения преобразований.

Детальный анализ касается важнейших, но во многих случаях игнорируемых, внутренних структур, систем и процедур. Это означает наращивание и/или сохранение технической поддержки, необходимой для осуществления реформы.

Анализ перспективы развития определяется как способность видеть перспективу при решении краткосрочных задач. Это означает, что организаторы здравоохранения не должны упускать из виду долгосрочные цели и что тактические изменения в политике должны этим целям соответствовать.

АНАЛИЗ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Анализ реформы здравоохранения имеет тенденцию к сосредоточению внимания на технических аспектах политики, упуская из виду контекстуальные факторы, роли участников и процесс формирования политики. Это позволяет понять, почему некоторые преобразования не были эффективно проведены, а некоторые ожидавшиеся результаты не были достигнуты. В таблице 33 приводится аналитический инструментарий, который может оказаться полезными в планировании проведения реформы.

Многие реформы здравоохранения трудноосуществимы в связи с тем, что организаторы здравоохранения не выявили факторы, которые содействуют их осуществлению. На основе макроэкономического анализа любой конкретной реформы можно предпринять некоторые меры до начала ее осуществления. Например, возможно, предпочтительно провести незначительные изменения (используя существующие административные процедуры), которые могут быть осуществлены быстро, а не более радикальные преобразования, которые создают условия для противодействия, поскольку для их осуществления необходимо разработать новые методы. С другой стороны, как отмечено выше, быстрые радикальные преобразования могут оказаться успешными.

Аналогичным образом, четкая постановка задач помогает организаторам здравоохранения (и исследователям), определить свои собственные и чужие перспективы и понять, каким образом они могут влиять на политику или вступать друг с другом в противоречие. В целом четкая постановка задач содействует разработке политики, но, как это отмечено выше, в некоторых случаях может создавать противодействие и быть контрпродуктивной.

С помощью анализа заинтересованных групп можно получить общее представление о возможной поддержке и противодействии и действовать

Т а б л и ц а 33. Аналитический инструментарий, способствующий проведению реформ

| Область анализа | Планируемые мероприятия |
|---|--|
| Анализ легкости проведения преобразований. | Анализ условий, способствующих изменениям и, где это возможно, внесение коррективов (одно учреждение, отвечающее за проведение преобразований; четко сформулированные задачи; одна цель; простые технические процедуры; маргинальные изменения; небольшая длительность; видимые выгоды; четко определенные расходы). |
| Подробное и четкое описание ценностей, лежащих в основе политики. | Выявление на макро- и микроуровнях ценностей, лежащих в основе политических решений. Если эти ценности вступают в противоречие с политикой, то следует обеспечить необходимую поддержку. |
| Выявление групп, способных оказать влияние на реформы. | Анализ заинтересованных групп (и отдельных лиц), которые могут препятствовать или содействовать изменениям на национальном и учрежденческом уровнях. Выработка плана обеспечения поддержки путем выработки консенсуса или создания коалиций. |
| Анализ имеющихся финансовых, технических и управленческих ресурсов. | Анализ затрат и выгод от внешних источников финансирования; оценка поведения групп лиц, стремящихся к получению максимальной прибыли; рассмотрение уровней оплаты труда; рассмотрение стимулов, способствующих изменению стереотипов поведения; оценка потребностей в подготовке кадров, информационных системах или других ресурсах; оценка стимулов и санкций. |
| Формирование процесса реализации политики. | Привлечение плановиков и руководителей к анализу возможных методов осуществления политики; выявление групп сторонников изменения политики; преодоление неуверенности; расширение информированности общественности; создание механизмов для консультаций, мониторинга и «доводки». |

в направлении изменения этого положения. При определении политических позиций анализ какой-либо заинтересованной группы является лишь одним из шести шагов, которые необходимо предпринять для оказания влияния на осуществление реформы (483). Первый шаг заключается в оценке целей каждой выявленной организации в плане ее выгод от принятия какого-либо конкретного решения и приоритета этой организации (высокого, среднего или низкого) применительно к каждой выявленной цели. На основе информации, полученной в отношении организационных структур, следующий шаг заключается в составлении системной схемы, которая определяет связи и союзы между организациями, имеющими отношение к конкретному решению в области здравоохранения.

После выявления и анализа позиций заинтересованных групп организаторы здравоохранения могут применять различную тактику. Они могут игнорировать заинтересованные группы (рискуя сорвать осуществление реформы); наладить связи с общественностью (создавая имидж, «продавая» необходимость политических изменений и завоевывая поддержку общественных лидеров); использовать «скрытые переговоры» (упреждая возражения и разрабатывая политику в противовес этим возражениям) и, наконец, «открытые переговоры», сотрудничая с заинтересованными группами в разработке политики (484).

Анализ финансовых, технических и управленческих ресурсов должен быть частью плана проведения любой политики. Сторонники реформы должны учитывать два сценария реагирования или реакции на изменения в политике. Первый: когда проблема относится к сфере «высокой политики» и, как представляется, ставки имеют важнейшее значение для правительства и политических элит, а ресурсы, необходимые для поддержки реформы, являются значительными. В данном случае существенное значение имеет навык политического руководства. Второй: когда ставки ниже и, хотя необходимые ресурсы также значительны, основные события происходят на относительно низком уровне. В этом случае успешность осуществления зависит от стимулов, управленческих навыков, подготовки кадров и информации (469).

Формирование процесса проведения политики означает подключение плановиков и руководителей к наблюдению и контролю за ходом реформ, например, путем определения ориентиров или промежуточных целей, по которым можно будет судить о прогрессе, корректировки бюджетных ассигнований и других ресурсов и контроля результатов (484). Это может также означать выявление и поддержку сторонников в медицинской (или другой) сфере. Ломас (485) отметил, что примеру лидеров, которые соглашались с нововведениями, следуют остальные. Действительно, успех такого осуществления будет зависеть от выявления стратегий, которые будут содействовать изменению стереотипов поведения, разработки кодексов поведения, которые установят ожидаемые

стандарты предоставления услуг, или стимулирования к изменениям. Как было отмечено выше, такие публичные кампании в Бразилии и Мексике содействовали разъяснению причин реформы и подчеркивали ее выгоды (477,478).

Планирование осуществления реформы может также означать преодоление неуверенности: неопределенности в отношении условий этой деятельности, что означает необходимость увеличения объема информации; неуверенности в отношении основных ценностей, что означает необходимость переосмысления или более четкого определения целей и в отношении соответствующих решений, что означает необходимость более тесной координации (486).

Таким образом, анализ политики дает ряд различных инструментов, которые могут быть полезными на различных этапах процесса политики: от включения какого-либо вопроса в повестку дня до планирования осуществления конкретных мер. Реформа здравоохранения входит в планы большинства стран. Следующим этапом будет обеспечение ее проведения в соответствии с исходными замыслами.

8. ПУТЬ ВПЕРЕД

Формулирование выводов о современных моделях реформы здравоохранения в Европе может оказаться сложной задачей. В таком многоплановом секторе, как здравоохранение и медицинские услуги, и на таком широком географическом пространстве, как Европейский регион, каждое стратегическое направление политики во многих случаях имеет несколько противоположных тенденций. Кроме того, реформу системы здравоохранения следует воспринимать лишь в качестве одного из компонентов более широкой межсекторальной стратегии максимального улучшения охраны здоровья всего населения. И все же содержащаяся в настоящей книге информация вполне позволяет сделать ряд общих замечаний по реформе здравоохранения.

Накопленный к настоящему времени опыт говорит о том, что для своего успеха реформа системы здравоохранения должна выходить за рамки простого сдерживания расходов. Хотя во всех странах региона формирование политики находится под влиянием финансовых факторов, эффективная реформа требует также, чтобы службы здравоохранения являлись социальным благом, а конкретные меры могли содействовать улучшению как системы здравоохранения, так и здоровья населения в целом. Хотя сдерживание расходов является необходимым компонентом реформы системы здравоохранения, на практике оно само по себе недостаточно. Действительно, реформы, в рамках которых экономическая теория неадекватно применяется к производству такого сложного социального блага, как здравоохранение, могут в финансовом, а также в медицинском и социальном плане дать отрицательные результаты.

Проведение реформы в области предоставления услуг

В настоящем исследовании для анализа стратегии реформы здравоохранения в Европе использован ряд различных концептуальных схем. Они включают влияние конкретных стратегий на соблюдение принципа равенства, на эффективность и действенность систем здравоохранения; фактор возможного влияния стратегии на аспекты финансирования, распределения или производства услуг здравоохранения и степень нацеленности конкретных стратегий пациентов, страхование ущерба третьим лицам или поставщиков медицинских услуг. Влияние этих различных уровней анализа можно представить в виде краткой концептуальной

формулы, которая сводит эти различные категории к двум традиционным экономическим параметрам: меры в интересах потребителей и меры в интересах поставщиков медицинских услуг системы здравоохранения.

Эта концептуальная формула зависит от двух теоретических особенностей. Первая определяет термин «предоставление услуг» для более точного отражения характера нынешних систем здравоохранения в Европе. В других исследованиях применение экономической теории к здравоохранению обычно основывалось на двухэлементной модели системы здравоохранения: производственный фактор, включающий учреждения, которые предоставляют услуги, и финансовый фактор, включающий покупателей услуг здравоохранения. В аналитической модели, принятой для настоящего исследования, используется трехэлементная схема: финансирование здравоохранения (метод получения денег), производство услуг здравоохранения (метод расходования денег) и механизм распределения (метод распределения финансовых средств среди производителей услуг) (487). Эта трехэлементная модель более четко отражает характер реформ во многих системах здравоохранения в Западной Европе, где отсутствие изменений в финансировании системы здравоохранения сочетается с существенными изменениями в механизмах распределения финансовых средств среди производителей услуг. Кроме того, в налоговых системах здравоохранения изменения в механизмах распределения обычно вносятся каким-либо органом государственной власти, которому они подотчетны, причем этот орган руководит также учреждениями, предоставляющими услуги. Поэтому в целях настоящего резюме в сфере предоставления услуг включен как механизм распределения, так и производство услуг.

Вторая особенность касается различия между двумя видами спроса на услуги здравоохранения: совокупный спрос всего населения и индивидуальный спрос пользователей. На совокупный спрос всего населения можно повлиять с помощью политических решений, которые изменяют общую потребность в лечебных услугах здравоохранения, например, через стратегии укрепления здоровья, которые сокращают потребление табака и алкоголя и стимулируют физическую культуру, или через более широкое предоставление первичных и профилактических медико-санитарных услуг. Хотя политика в области здравоохранения нацелена на один или оба вида спроса на услуги здравоохранения, многие недавние реформы в области здравоохранения были сосредоточены главным образом на спросе со стороны индивидуальных пользователей.

Согласно исследованию ВОЗ недавние меры организаторов здравоохранения в отношении спроса со стороны индивидуальных пользователей работали неудовлетворительно. Меры, перекладывающие расходы на пользователей, как, например, механизмы распределения расходов или сокращение пакета медицинских услуг для населения, привели

к возникновению проблем обеспечения равенства и вызвали недовольство населения. Несмотря на эти недостатки, в некоторых странах ЦВЕ и в большинстве стран СНГ экономические императивы потребовали применения этого вида реформы спроса. Однако во многих из этих стран объем сбора страховых взносов не достиг бюджетных уровней. В Западной Европе организаторы здравоохранения стремятся не опираться на механизмы спроса со стороны пользователей, а если это происходит, то они ослабляют их воздействие в такой степени, что меры оказываются малорезультативными. Одним из примеров являются совместные платежи, которые во избежание нарушения принципа равенства обычно снижают льготы для уязвимых групп и/или конечных пользователей, а также за счет трансфертных платежей в пользу менее обеспеченных. Хотя в Западной Европе продолжается обсуждение вопросов установления приоритетов, правительства на практике были готовы ограничить объем выплат лишь за некоторые такие особые услуги, как косметические операции на варикозных венах или оплодотворение *in vitro*. В тех случаях, когда организаторы здравоохранения предпринимали попытки ввести «базисные пакеты» медицинских услуг, нежелание правительств ограничивать их доступность для населения привело к тому, что к категории «базисных» было отнесено от 90 до 95% всех услуг.

Аналогичным образом, усилия, направленные на создание более сильных стимулов для страховщиков ущерба третьим сторонам за счет конкуренции между страховщиками, могут представляться интересным вариантом с точки зрения экономической теории, однако это связано со значительными негативными последствиями для социальных аспектов функционирования системы здравоохранения. В тех случаях, когда правительства пытались внедрить в финансирование своих систем здравоохранения конкурентные стимулы, обеспокоенность несправедливым выборочным подходом («снятие сливок») заставила их ограничить предпринимательскую свободу частных страховщиков. В этом случае, как и в случае других мер, относящихся к спросу на медицинские услуги, если конкурентные стимулы являются достаточно сильными для того, чтобы оказать финансовый эффект, они, как правило, бывают политически неприемлемыми в связи с их весьма негативным влиянием на важные социальные цели.

С другой стороны, меры в области предложения медицинских услуг на всех этапах — от распределения ресурсов до производства медицинских услуг — оказались достаточно успешными и, несмотря на всю их сложность, относительно стабильными. В 80-е годы меры в области распределения ресурсов были по своему характеру главным образом регулирующими и концентрировались на уровне макросистемы, как, например, установление предельных уровней расходов. В ходе проводившихся в 90-е годы реформ к набору мер были отнесены рыночные стимулирующие механизмы, наряду с традиционными мерами регулирования.

Механизмы «планового рынка» включали договоры и/или подряды на предоставление медицинских услуг в рамках государственных систем здравоохранения, а также системы оплаты медицинских работников и учреждений по результатам их деятельности. Два других аспекта последних нововведений включают передачу/управление бюджетами больниц медицинским работникам или советам первичной медико-санитарной помощи, а также меры по регулированию расходов на лекарственные средства, как, например, установление справочной цены, использование согласованных перечней и ориентировочных бюджетов. Планирование капитальных затрат также может быть включено в эту область, как, например, передача в регионы таких сложных и неотложных операций, как аортокоронарное шунтирование.

Недавние реформы в области производства и предоставления медицинских услуг оказались особенно успешными благодаря уделению особого внимания изменениям на учрежденческом уровне, особенно в области повышения эффективности управления и сосредоточения внимания на качестве и эффективности мер. Перечень этих мер весьма широк. Он включает самые разнообразные виды деятельности, связанные с конечным результатом, включая: инициативы в области гарантии качества и непрерывное повышение качества развития здравоохранения, оценку технологий и руководящих принципов в области медицинской практики; структурную реорганизацию стационарного сектора и улучшение внутриучрежденческого управления, например, путем передачи оперативного руководства самоуправляющимся больницам и государственным компаниям; перевод медицинской помощи в менее сложные и более адекватные секторы здравоохранения, например, путем усиления роли первичной и общинной медико-санитарной помощи.

Переориентация государственного регулирования

Способность правительств обеспечить устойчивое равновесие между множеством целей здравоохранения зависит от правильного выбора комплекса мероприятий, проводящихся с целью воздействия на предложение медицинских услуг, как на микро- (учрежденческом), так и на макро- (системном) уровне. Как уже отмечалось выше, в этот комплекс все чаще включаются как некоторые тщательно ограничиваемые рыночные стимулы, так и традиционные механизмы регулирования. К числу наиболее успешных инициатив, осуществленных в Европе в 90-е годы, относится попытка децентрализовать ответственность за государственные больницы, передав управления ими региональным и муниципальным органам. Кроме того, в процессе децентрализации все шире используется

автономное управление больницами через самоуправляющиеся трастовые фонды и публичные компании. В то же время все более очевидным становится тот факт, что министерства здравоохранения не должны непосредственно заниматься управлением работой больниц, как это все еще наблюдается в некоторых странах Южной Европы, а также в странах ЦВЕ и СНГ. Роль государства в секторе здравоохранения переходит в сферу стратегического планирования, контроля, ориентированного на конечные результаты регулирования и, где это целесообразно, создания определенных субсекторальных рынков для производителей услуг. Перефразируя метафору, используемую аналитиками государственной политики (96), в области предложения медицинских услуг государство учится больше «рулить» и меньше «грести». Аналогичным образом, применительно к спросу на медицинские услуги государство должно по-прежнему играть активную роль в руководстве процессом финансирования. Для сохранения принципа партнерства государство вряд ли может ослабить свои функции регулятора и гаранта всеобщего охвата населения медицинской помощью. Действительно, тот факт, что в Западной Европе организаторам здравоохранения длительное время удается укладываться в общесистемные расходы, означает, что эти страны внедрили многие из необходимых политических механизмов контроля за финансированием системы здравоохранения.

Что касается интересов пациентов, то основная задача организаторов здравоохранения заключается в том, чтобы стремление к повышению роли пациентов способствовало сочетанию регулирующих и стимулирующих стратегий, выбранных для обеспечения как партнерства, так и сдерживания расходов. Опыт ряда стран свидетельствует о том, что выбор пациента может содействовать эффективности установленных пределов расходов и ограничению расходов поставщиков медицинских услуг только в том случае, если выбор *не* связан с системой оплаты труда на основе гонораров. В этом вопросе организаторам здравоохранения необходимы механизмы, которые способны обеспечить выбор пациента в рамках более широкой стратегии предоставления услуг, не давая этому фактору стать мощной и разрушительной силой, воздействующей на спрос на медицинские услуги. Этот подход успешно использовался в 90-е годы в системах здравоохранения ряда стран Западной Европы, а недавний опыт свидетельствует о том, что более внимательный подход к мнению пациента имеет в равной степени важное значение как для стран ЦВЕ, так и стран СНГ.

СТАБИЛИЗАЦИЯ МАЯТНИКА ПОЛИТИКИ

Одна из наиболее часто используемых метафор применительно к государственной политике вообще – это метафора маятника. Неудовлетворенные первоначальным положением, организаторы здравоохранения

начинают проводить радикальные преобразования, то есть переходят к противоположной точке траектории маятника. По мере накопления информации об этой противоположной стороне, особенно о ее недостатках и проблемах, начинается движение в исходное положение.

Применительно к реформе системы здравоохранения в Европе в 90-е годы основной задачей для организаторов здравоохранения, как и в других сферах государственной деятельности, является преодоление тенденции к колебанию политики между двумя крайними точками. Путь вперед неизбежно включает элементы как исходного положения, так и радикальной реформы.

В настоящее время различные страны Европейского региона находятся на различных этапах этого цикла. В ряде стран Западной Европы начинаются крупные эксперименты. В то же время в странах Северной Европы, которые начали свои реформы самыми первыми, в настоящее время наблюдается заметный отход от наиболее радикальной позиции — рыночных стимулов — в направлении первоначальной позиции координации и сотрудничества на основе государственного планирования. Аналогичным образом, в некоторых странах СНГ наблюдаются тенденция к сравнению нынешнего чрезвычайно трудного положения с системой здравоохранения советского периода, которая все же функционировала, и неуверенность в отношении дальнейших действий.

Помимо усилий по стабилизации этого маятника эффективная политика должна учитывать значительные различия в общеевропейском масштабе в таких важнейших областях, относящихся к сфере политики, как культурные модели, социальные ценности и уровень социально-экономического развития. Это разнообразие помогает объяснить, почему стратегии реформирования, которые срабатывают в одной стране, нельзя использовать в других странах без существенной адаптации. С учетом различных политических условий общий набор используемых стратегий должен, по-видимому, определяться отдельно для каждой страны.

Поэтому на нынешнем этапе развития сектора здравоохранения в лучшем случае преждевременно говорить об общих стратегических установках, приемлемых для всего Европейского региона и даже для географических субрегионов и применимых к ним. В ходе недавних дискуссий о так называемом «слиянии» систем здравоохранения развитых стран чрезмерный акцент был, по-видимому, сделан на конкретных технических механизмах (например закупок и услуг по контрактам), а не на целях, для осуществления которых эти механизмы применяются в различных системах. При более глубоком рассмотрении этого вопроса политические различия в области здравоохранения и социальные различия в области культурных ценностей свидетельствуют о том, что между системами здравоохранения в странах западной и восточной части региона и между самими странами сохраняются значительные расхождения.

УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССОМ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Вывод, который организаторы здравоохранения должны сделать из этой оценки политического маятника, из трудностей, связанных с процессом преобразований и существованием различий, заключается не в том, что реформы здравоохранения тщетны или что надлежащих путей решения вопроса не существует. На самом деле, как показал европейский опыт реформы здравоохранения и успех последних инициатив в области предложения медицинских услуг, реформа здравоохранения может быть как успешной, так и неудачной, может быть как умеренной, так и радикальной, может как улучшить первичную медико-санитарную помощь и принцип равенства, так и оказать на них неблагоприятное влияние, может как укрепить, так и подорвать нравственные устои государства всеобщего благосостояния.

Возможность достижения целей системы здравоохранения зависит от способности организаторов здравоохранения гибко и творчески реагировать на политические условия, с которыми они сталкиваются. Важным элементом этого процесса является использование опыта реформ в других странах, как и адаптация и корректировка механизмов реформирования применительно к местным условиям. Основные принципы реформы здравоохранения действуют во всех странах, но их применение будет зависеть от потребностей и ожиданий отдельных стран. Как отмечается в главе 7, способ осуществления реформы имеет на практике такое же важное значение, как и само ее содержание. Очевидно, что путь вперед является сложным, однако это действительно путь вперед. Опыт преобразований в области здравоохранения в Европейском регионе за последнее десятилетие подтверждает, что можно многое сделать.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Cassels A.* Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries. — Geneva: World Health Organization, 1995.
2. *The Reform of Health Care Systems: a Review of Seventeen OECD Countries.* — Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1994.
3. *Berman P.* Health sector reform: making health development sustainable // *Health Policy.* — 1995. — Vol. 32. — P. 3–13.
4. *Maxwell R.J.* Health and Wealth: an International Study of Health Spending. — Cambridge: Lexington Books, 1981.
5. *Paul S.* Capacity Building for Health Sector Reform. — Geneva: World Health Organization, 1995.
6. *Saltman R.B., von Otter C.* Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems. — Buckingham: Open University Press, 1992.
7. *Saltman R.B.* The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany and the United States // *Health policy.* — (in press).
8. *Benson J.K.* The interorganizational network as a political economy // *Adm. Sci. Q.* — 1975. — Vol. 20. — P. 229–249.
9. *Habermas J.* Theorie de l'Agir Communicationnel. — Paris: Fayard, 1987.
10. *Sen.A.* Inequality Reexamined. — Cambridge: Harvard University Press, 1992.
11. *Clark D.G.* Autonomy, personal empowerment and quality of life in long-term care // *J. Appl. Gerontol.* — 1988. — Vol. 7, No. 3. — P. 279–297.
12. *Canguilhem.* Le Normal et le Pathologique. — Paris: Presses Universitaires de France, 1966.
13. *Guattari F.* Pour une refondation des pratiques sociales // *Le Monde Diplomatique.* — 1992. — Vol. 463. — P. 26.
14. *Evans R.G., Stoddart G.L.* Producing health, consuming health care // *Why are Some People Healthy and Others not? / Eds. R.G. Evans et al.* — Berlin: de Gruyter, 1994.
15. *Fischer F.* Technocracy and the Politics of Expertise. — Newbury Park: Sage, 1990.
16. *Saltman R.B.* Emerging trends in the Swedish health system // *Int. J. Health Serv.* — 1991. — Vol. 21, No. 4. — P. 615–623.
17. *Bourdieu P.* Raisons Pratiques. — Paris: Editions de Minuit, 1994.
18. *Contandriopoulos A.P.* Riformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un status quo impossible // *Ruptures.* — 1994. — Vol. 1, No. 1. — P. 8–26.
19. *Robinson R., Le Grand J.* Contracting and the purchaser-provider split // *Implementing Planned Markets in Health Care / Eds. R.S. Saltman, C. von Otter.* — Buckingham: Open University Press, 1995.
20. *EBRD Transition Report.* — Lond.: European Bank for Reconstruction and Development, 1996.
21. *Wellings K.* Assessing AIDS/HIV prevention. What do we know in Europe? General population // *Soz. Praventivmed.* — 1994. — Vol. 39. — Suppl. — P. 14–16.
22. *Murray C.J.L.* Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years // *Bull. World Health Organ.* — 1994. — Vol. 72, No. 3. — P. 429–445.
23. *Barnum H.* Evaluating healthy days of life gained from health projects. // *Soc. Sci. Med.* — 1987. — Vol. 24. — P. 833–841.
24. *Murray J.L., Bobadilla J.L.* Epidemiological transitions in the formerly socialist economies: divergent patterns of mortality by cause of death // *Mortality Profiles and Adult Health*

- Interventions in the Newly Independent States / Eds. J.L. Bobadilla, C. Costello. — Washington: National Academy of Sciences, 1996.
25. *Bowling A.* Measuring Health: a Review of Quality of Life Measuring Scales. — Buckingham: Open University Press, 1991.
 26. *Gudex C.* QALYs and Their Use by the Health Service. — York: Centre for Health Economics, 1988.
 27. *Murray C., Lopez A.* Global Comparative Assessments in the Health Sector. Disease Burden, Expenditures and Intervention Packages. — Geneva: World Health Organization, 1994.
 28. *World Bank.* World Development Report 1993. Investing in Health. — N.Y.: Oxford University Press, 1993.
 29. *Gunning-Schepers L.J. et al.* Population interventions reassessed // *Lancet.* — 1989. — Vol. 1. — P. 479–481.
 30. *Chenet L. et al.* Changing life expectancy in central Europe: is there a single reason? // *J. Public Health Med.* — 1996. — Vol. 18, No. 3. — P. 329–336.
 31. *Chenet L. et al.* Changing life expectancy in the 1980s: why was Denmark different? // *J. Epidemiol. Community Health.* — 1996. — Vol. 50, No. 4. — P. 404–407.
 32. *Bobak M., Marmot M.* East-west mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda // *Br. Med. J.* — 1996. — Vol. 312. — P. 421–425.
 33. *Euronut-Senega.* Nutrition and the elderly in Europe // *Eur. J. Clin. Nutr.* — 1991. — Vol. 45. — Suppl. — P. 326–345.
 34. *Why are Some People Healthy and Others not?* / Eds. R.G. Evans *et al.* — Berlin: de Gruyter, 1994.
 35. *Smith D.G. et al.* The magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study // *J. Epidemiol. Community Health.* — 1990. — Vol. 44. — P. 265–270.
 36. *Wilkinson R.G.* Income distribution and life expectancy. // *Br. Med. J.* — 1992. — Vol. 304. — P. 165–168.
 37. *Kaplan G.A. et al.* Inequality in income and mortality in the United States. Analysis of mortality and potential pathways // *Ibid.* — 1996. — Vol. 312. — P. 999–1003.
 38. *Ben-Shlomo Y. et al.* Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality? // *Ibid.* — 1996. — Vol. 312. — P. 1013–1014.
 39. *Hajdu P. et al.* Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and in England and Wales // *Eur. J. Public Health.* — 1995. — Vol. 5. — P. 259–264.
 40. *Bosma J.H.A.* A Cross-cultural Comparison of the Role of Some Psychosocial Factors in the Etiology of Coronary Artery Disease. Follow up to the Kaunas–Rotterdam Intervention Study (KRIS). — Maastricht: Maastricht University Press, 1994.
 41. *HIV/AIDS surveillance in Europe.* — Saint-Maurice: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1996.
 42. *Lalonde M.* A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document. — Ottawa: Information Canada, 1974.
 43. *Karlen A.* Plague's Progress: a Social History of Man and Disease. — Lond.: Victor Gollancz, 1995.
 44. *World population prospects 1950–2025.* — N.Y.: United Nations, 1992.
 45. *Indredavik B. et al.* Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial // *Stroke.* — 1991. — Vol. 22. — P. 1026–1031.
 46. *De Lorgeril M. et al.* Mediterranean alpha-linoleic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease // *Lancet.* — 1994. — Vol. 343. — P. 1454–1459.
 47. *Austoker J.* Diet and cancer // *Br. Med. J.* — 1994. — Vol. 308. — P. 1610–1614.

48. *OECD health data 96*. — Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1996.
49. *OECD health data 95*. — Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1995.
50. *Abel-Smith B.* Who is the odd man out? // *Health Soc.* — 1985. — Vol. 63, No. 1. — P. 1–17.
51. *Abel-Smith B.* Cost Containment and New Priorities in Health Care: a Study of the European Community. — Aldershot: Avebury Ashgate, 1992.
52. *Trends in Health Status, Services and finance — the transition in central and eastern Europe*. — Washington: World Bank, 1996.
53. *United Nations Development Programme. Human Development Report 1996*. — Oxford: Oxford University Press, 1996.
54. *Smee C.* Self-governing trusts and GP fundholders. The British experience // *Implementing Planned Markets in Health Care* / Eds. R. Saltman, C. von Otter. — Buckingham: Open University Press, 1995. — P. 177–208.
55. *Whitehead M.* Is it fair? Evaluating the equity implications of the NHS reforms // *Evaluating the NHS reforms* / Eds. R. Robinson, J. Le Grand. — Lond.: King's Fund Institute, 1994. — P. 208–242.
56. *Diderichsen F.* Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden // *Health Policy*. — 1995. — Vol. 32. — P. 141–153.
57. *Dahlgren G.* Framtidens Sjukvårdsmarknader [Future Health Care Markets]. — Stockholm: Natur och Kultur, 1994.
58. *Dunning A.* Choices in Health Care: a Report by the Government Committee on Choices in Health Care. Executive Summary. — Reykjavik: Ministry of Welfare, Health and Culture, 1992.
59. *Wennberg J.E.* Dealing with medical practice variations: a proposal for action // *Health Aff. (Millwood)*. — 1984. — Vol. 3, No. 2. — P. 6–31.
60. *Implementing Planned Markets in Health Care* / Eds. R. Saltman., C. von Otter. — Buckingham: Open University Press, 1995.
61. *Saltman R.B.* Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework // *Int. J. Health Serv.* — 1994. — Vol. 24, No. 2. — P. 201–229.
62. *Enthoven A.* Reflections on the Management of the NHS. — Lond.: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
63. *Saltman R.B., von Otter C.* Revitalizing public health care systems. A proposal for public competition in Sweden // *Health Policy*. — 1987. — Vol. 7. — P. 21–40.
64. *Le Grand J., Bartlett W.* Quasi-markets and Social Policy. — Lond.: Mac-millan, 1993.
65. *Young D.W., Saltman R.B.* The Hospital Power Equilibrium — Physician Behaviour and Cost Control. — Baltimore: J. Hopkins University Press, 1985.
66. *McLachlan G., Maynard A.* The Public/Private Mix for Health. — Lond.: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.
67. *De Roo A.A.* Contracting and solidarity: market-oriented changes in Dutch health insurance schemes // *Implementing Planned Markets in Health Care* / Eds. R.B. Saltman, C. von Otter. — Buckingham: Open University Press, 1995. — P. 45–64.
68. *Hunter D.J., Guentert B.* The financing of health care // *Opportunities for the Future. Health Care Reforms for Health Gain: European Health Policy Conference*. — Copenhagen, 1994. — Vol. 4.
69. *Ham C.* Management and Competition in the New NHS. — Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
70. *Ham C., Brommels M.* Health care reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom // *Health Aff. (Millford)*. — 1994. — Vol. 13, No. 5. — P. 105–119.
71. *Renewing the NHS*. — Lond.: Parliamentary Labour Party, 1995.

72. *Von Otter C.* Applying market theory to health care // *Paradoxes of Competition in Health Care* / Ed. D. Hunter. — Leeds: University of Leeds, 1991.
73. *Jost T.S. et al* The British health care reforms, the American health care revolution, and purchaser/provider contracts // *J. Health Polit. Policy Law.* — 1995. — Vol. 20, No. 4. — P. 885–908.
74. *Kettl D.F.* *Sharing Power: Public Governance and Private Markets.* — Washington: Brookings Institution, 1993.
75. *Rondinelli D.* Government decentralisation in comparative theory and practice in developing countries // *Int. Rev. Adm. Sci.* — 1981. — Vol. 47. — P. 133–145.
76. *Saltman R.B., Akanov A.* *Decentralization: the Case of Kazakhstan.* — Geneva: World Health Organization, 1996.
77. *Cheema G., Rondinelli D.* *Decentralization and Development.* — Newbury Park: Sage, 1983.
78. *Rondinelli D. et al.* *Decentralization in Developing Countries.* — Washington: World Bank, 1983.
79. *Collins C.D., Green A.T.* Decentralisation and primary health care: some negative implications in developing countries // *Int. J. Health Serv.* — 1994. — Vol. 24, No. 3. — P. 459–475.
80. *Borgenhammer E.* At Varda Liv: Organisation, Etik, Kvalitet [Looking After Life: Organization, Ethics, Quality]. — Stockholm: SNS Förlag, 1993.
81. *Regan D.E., Stewart J.* An essay in the government of health: the case for local authority control // *Soc. Policy Adm.* — 1982. — Vol. 16. — P. 19–43.
82. *Golinowska S., Tymowska K.* Poland // *Private Markets in Health and Welfare* / Ed. N. Johnson. — Oxford: Berg, 1995.
83. *Anell A.* Implementing planned markets in health care: the case of Sweden // *Implementing Planned Markets in Health Care* / Eds. R.B. Saltman, C. von Otter. — Buckingham: Open University Press, 1995. — P. 209–226.
84. *Freire J.M.* Health care reforms in Spain // *Health Care Reforms in Europe* / Eds. C. Artundo *et al.* — Madrid: Ministry of Health and Consumer Affairs, 1993.
85. *Hunter D. et al.* optimal balance of centralized and decentralized management responsibilities // *Critical Challenges for European Health Policy* / Eds. R.B. Saltman *et al.* — Buckingham: Open University Press.
86. *Martikainen A., Uusikylö P.* *Restructuring Health Policies — the Finnish Case.* — Helsinki: University of Helsinki, 1996.
87. *Orosz E.* *Decentralization and Health Care System Change in Hungary.* — Budapest: Eötvös Lorand University, 1995.
88. *Hunter D.J.* The case for closer co-operation between local authorities and the NHS // *Br. Med. J.* — 1995. — Vol. 310. — P. 1587–1589.
89. *Barr N.* *The Economics of the Welfare State.* — Lond.: Weidenfeld and Nicolson, 1987.
90. *Musgrove P.* *Public and Private Roles in Health.* — Washington: World Bank, 1996.
91. *Rubas L.* *Health Care Transformation in the Czech Republic: Analysis of the Present Situation and Objectives for the Future.* — Prague: Committee for Social Policy and Health, 1994.
92. *Chinitz D.* Israel's health policy breakthrough: the politics of reform and the reform of politics // *J. Health Polit. Policy Law.* — 1995. — Vol. 20, No. 4. — P. 909–932.
93. *Light D.W.* The radical experiment: transforming Britain's national health system to interlocking markets // *J. Public Health Policy.* — 1992. — Vol. 13, No. 2. — P. 146–155.
94. *Ljrn P.* Socialstyrelsens utredning om Medanalys: flera hundra forfalskade provsvar ldmnade laboratorieföretaget [The assessment of Medanalys by the Ministry of Social Affairs: several hundred falsified sample results left the laboratory] // *Lakartidningen.* — 1996. — Vol. 93, No. 7. — P. 532.
95. *White J.* *Competing Solutions.* — Washington: Brookings Institution, 1995.

96. *Osborne D., Gabbler T.* Reinventing Government. — Reading: Addison Wesley, 1993.
97. *Oreskovic S.* The miracle of centralization // Eurohealth. — 1995. — Vol. 1, No. 1. — P. 25–26.
98. *Tchernjavskii V.E., Komarov Y.* Decentralization and Changes in the Functioning of Health Care System in the Russian Federation. — Moscow: MedSocEconInform, 1996.
99. *Mills A.* Decentralisation and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices? // Public Adm. Develop. — 1994. — Vol. 47. — P. 281–292.
100. *Stewart J.* Accountability to the Public. — Lond.: European Policy Forum, 1992.
101. *NHS executive.* Local Freedoms, National Responsibilities. — Leeds: NHS Executive, 1994.
102. *Carlsen F.* Hospital financing in Norway // Health Policy. — 1994. — Vol. 28, No. 2. — P. 79–88.
103. *Arnstein S.R.* A ladder of citizen participation // Am. Ins. Planners J. — 1966. — Vol. 35, No. 4. — P. 216–224.
104. *McKee M. et al.* Leap of faith over the data tap // Lancet. — 1995. — Vol. 345, No. 8963. — P. 1449–1450.
105. *Local Voices: Views of Local People in Purchasing for Health.* — Lond.: NHS Executive, 1992.
106. *Fluss S.J.* Patients' Rights, Informed Consent, Access and Equality. — Nerenias and Sant-eris Publishers, 1994.
107. *Martenstein L.F.* The codification in the Netherlands of the principal rights of patients: a critical review // Eur. J. Health Law. — 1995. — Vol. 2. — P. 33–44.
108. *Department of Health.* Being Heard: the Report of a Review Committee on NHS Complaints Procedures. — Lond.: HM Stationery Office, 1994.
109. *Department of Health.* Acting on Complaints. — Lond.: HM Stationery Office, 1995.
110. *Department of Health.* Consumers and Research in the NHS: an R and D Contribution to Consumer Involvement in the NHS. — Leeds: NHS Executive, 1995.
111. *Groenewegen P.P. et al.* Remunerating General Practitioners in Western Europe. — Aldershot: Avebury Ashgate, 1991.
112. *Staehr Johansen A.* Primary care in Denmark // The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems / Eds. A. Alban, T. Christiansen. — Odense: Odense University Press, 1995. — P. 81–105.
113. *Jonsson E.* Konkurrens Inom Sjukvarden. Vad Sgerforskningen om Effekterna? [Competition Within Health Care. What Does Research Say about the Effects?]. — Stockholm: SPRI, 1993.
114. *Van De Ven. et al.* Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands // Health Aff. (Millford). — 1994. — Vol. 13, No. 5. — P. 120–136.
115. *Bruster S. et al.* Survey of hospital patients // Br. Med. J. — 1994. — Vol. 309. — P. 1542–1546.
116. *Bosanquet N.* Improving health // British Social Attitudes: the 11th Report / Eds. R. Jowell et al. — Aldershot: Dartmouth, 1994.
117. *Cartwright A., Windsor J.* Outpatients and their doctors. — Lond.: HM Stationery Office, 1992.
118. *Coulter A.* General practice fundholding // Eur. J. Public Health. — 1995. — Vol. 5, No. 4. — P. 233–239.
119. *Fundholding: the Main Report.* — Lond.: Audit Commission, 1996.
120. *Mahon A. et al.* Choice of hospital for elective surgery referral: GPs' and patients' views // Evaluating the NHS Reforms / Eds. R. Robinson, J. Le Grand. — Lond.: King's Fund Institute, 1994. — P. 108–129.
121. *Leavy R. et al.* Consumerism and general practice // Br. Med. J. — 1989. — Vol. 298. — P. 737–739.

122. *Jones D. et al.* Monitoring changes in health services for older people // Evaluating the NHS Reforms / Eds. R. Robinson, J. Le Grand. — Lond.: King's Fund Institute, 1994.
123. *Calnan M. et al.* Going Private: Why People Pay for Their Care? — Buckingham: Open University Press, 1993.
124. *Flynn R.* Managed markets: consumers and producers in the national health service // Consumption and Class, Divisions and Change / Eds. R. Burrows, A. Marsch. — Basingstoke: Macmillan, 1992.
125. *Sykes W.* Listening to Local Voices: a Guide to Research Methods. — Leeds: Nuffield Institute for Health Services Studies, 1992.
126. *Winkler F.* Consumerism in health care: beyond the supermarket model // Policy Politics. — 1987. — Vol. 15, No. 1. — P. 1–8.
127. *Bowling A.* What People Say about Prioritizing Health Services. — Lond.: King's Fund Institute, 1993.
128. *Heginbotham C.* Rationing // Br. Med. J. — 1992. — Vol. 304, No. 6825. — P. 496–499.
129. *Perspectives on Health Promotion.* — Ottawa: Canadian Public Health Association, 1995.
130. *Dekker E.* Health care reforms and public health // Eur. J. Public Health. — 1994. — Vol. 4, No. 2. — P. 281–286.
131. *Health Promotion and Health Care System Reforms: a Consensus Statement.* First meeting of the European Committee for Health Promotion Development, Dublin. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995.
132. *Levin L.S., Ziglio E.* Health promotion as an investment strategy: considerations on theory and practice // Health Promotion Int. — 1996. — Vol. 11. — P. 33–40.
133. *White M. et al.* Hungary: a new public health // Lancet. — 1993. — Vol. 341. — P. 43–44.
134. *Expert Committee on Public Health Administration.* First report. — Geneva: World Health Organization, 1952.
135. *Winslow C.E.A.* Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign. — N.Y.: Arno, 1923.
136. *American Institute of Medicine.* The Future of Public Health. — Washington: National Academy Press, 1988.
137. *Acheson E.D.* Public Health in England. Report of the Committee of Enquiry into the Future Development of the Public Health Function. — Lond.: HM Stationery Office, 1988.
138. *Frenk J.* The new public health // The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate. — Washington: Pan American Health Organization, 1992. — P. 68–85.
139. *Kunst A.E., Mackenbach J.P.* Measuring Socioeconomic Inequalities in Health. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995.
140. *Dubos R.* Mirage of Health. — N.Y.: Harper Colophon, 1979.
141. *Department of Health and Social Security.* Inequalities in Health: Report of a Research Working Group (The Black Report). — Lond.: HM Stationery Office, 1980.
142. *Targets for Health for All.* — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985.
143. *Ottawa charter for health promotion* // Health Promotion. — 1986. — Vol. 1, No. 4.
144. *Tsouros A.D.* The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans // Health Promotion Int. — 1995. — Vol. 10, No. 2. — P. 133–141.
145. *Puska P. et al.* Community Control of Cardiovascular Diseases: the North Karelia Project. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1981.
146. *Secretary of State for Health.* The Health of the Nation. — Lond.: HM Stationery Office, 1992.
147. *Robinson M. et al.* Health of the Nation: Every Government Department's Business. — Lond.: RSM Press, 1996.

148. *McCarthy M., Rees S.* Health Systems and Public Health Medicine in the European Community. — Lond.: Royal College of Physicians, 1992.
149. *Desenclos J.-C. et al.* Variations in national infectious disease surveillance in Europe // *Lancet*. — 1993. — Vol. 341. — P. 1003–1006.
150. *Dixon R.E.* Costs of nosocomial infections and benefits of infection control programs // *Prevention and Control of Nosocomial Infections* / Ed. R.P. Wenzel. — Baltimore: Williams and Williams, 1987. — P. 19–25.
151. *Roberts J.A., Sockett P.N.* The socioeconomic impact of human *Salmonella enteritidis* infection // *Int. J. Food Microbiol.* — 1994. — Vol. 21. — P. 117–129.
152. *O'Brien J.M. et al.* Tempting fate: control of communicable disease in England // *Br. Med. J.* — 1993. — Vol. 306. — P. 1461–1464.
153. *Heinz-Trossen A.* Zur Reglementierung der Prostituten — insbesondere zur Arbeit der Gesundheitsämter der Bundesrepublik Deutschland West. — Bonn: Öffentliches Gesundheitswesen, 1991.
154. *Rosewitz B., Webber D.* Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. — Frankfurt-am-Main: Campus-Verlag, 1990.
155. *Jesse M., Marshall T.* Health Care Systems in Transition: Estonia. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1996.
156. *Van De Ven. et al.* Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care // *Soc. Sci. Med.* — 1994. — Vol. 39, No. 10. — P. 405–412.
157. *Rose G.* Sick individuals and sick populations // *Int. J. Epidemiol.* — 1985. — Vol. 14. — P. 32–38.
158. *Bach S.* Managing a pluralist health system: the case of health care reform in France // *Int. J. Health Serv.* — 1994. — Vol. 24, No. 4. — P. 593–606.
159. *Graf von der Schulenburg J.-M.* Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a German perspective // *Soc. Sci. Med.* — 1994. — Vol. 39, No. 10. — P. 1473–1481.
160. *Nonneman W., van Doorslaer E.* The role of the sickness funds in the Belgian health care market // *Soc. Sci. Med.* — 1994. — Vol. 39, No. 10. — P. 1483–1495.
161. *McKee M.* Health sector reform in the Czech Republic, Hungary and Romania // *Croatian Med. J.* — 1994. — Vol. 35. — P. 238–244.
162. *Steensberg J.* Post-soviet public health administration in Estonia // *World Health Forum.* — 1994. — Vol. 15. — P. 335–338.
163. *Beller M.* Epidemiology and public health in the Yogodnoye district // *Alaska Med.* — 1992. — Vol. 34. — P. 21–27.
164. *Bojan F.* Status and priorities of public health in Hungary // *Zeitschrift Gesundheitswissenschaften.* — 1994. — Vol. 1. — Suppl. — P. 48–55.
165. *Shapiro S. et al.* Ten-to-fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality // *J. Natl. Cancer Inst.* — 1982. — Vol. 69. — P. 349–355.
166. *Tabar L. et al.* Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography // *Lancet*. — 1985. — Vol. 1. — P. 829–832.
167. *McKee M. et al.* Preventing sudden infant deaths — the slow diffusion of an idea // *Health policy.* — (in press).
168. *McKee M. et al.* Public health medicine training in the European Community: is there scope for harmonization? // *Eur. J. Public Health.* — 1992. — Vol.2. — P. 45–53.
169. *Appleby J.* Financing Health Care in the 1990s. — Buckingham: Open University Press, 1992.
170. *Abel-Smith B. et al.* Choices in Health Policy: an Agenda for the European Union. — Luxembourg—Aldershot: Office for Official Publications of the European Communities and Dartmouth Publishing Company, 1995.

171. *Abel-Smith B., Mossialos E.* Cost containment and health care reform: a study of the European Union // *Health Policy*. — 1994. — Vol. 28, No. 2. — P. 89–132.
172. *Rubin R.J., Mendelson D.N.* A Framework for Cost-sharing Policy Analysis. — Basel: Pharmaceutical Partners for Better Health Care, 1995.
173. *Feldman R., Dowd B.* What does the demand curve for medical care measure? // *J. Health Econ.* — 1993. — Vol. 12, No. 2. — P. 193–200.
174. *Preker A.S., Feachem R.G.A.* Searching for the Silver Bullet: Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe. — Washington: World Bank, 1995.
175. *Akin J. et al.* Financing Health Services in Developing Countries: an Agenda for Reform. A World Bank policy study. — Washington: World Bank, 1987.
176. *Jimenez E.* Pricing Policy in the Social Sectors: Cost Recovery for Education and Health in Developing Countries. — Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.
177. *Mooney G., Ryan M.* Agency in health care: getting beyond first principles // *J. Health Econ.* — 1993. — Vol. 12, No. 2. — P. 125–135.
178. *Labelle R. et al.* A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand // *J. Health Econ.* — 1994. — Vol. 13, No. 3. — P. 347–368.
179. *Pauly M.V.* (ed.) A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand // *Ibid.* — P. 369–372.
180. *Fuchs V.R.* Physician-induced demand: a parable // *Ibid.* — 1986. — Vol. 5, No. 4. — P. 367.
181. *Mooney G.* Key Issues in Health Economics. — Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1994.
182. *Evans R.G.* Strained Mercy: the Economics of Canadian Health Care. — Toronto: Butterworths, 1984.
183. *Rice T.* Demand curves, economists, and desert islands: a response to Feldman and Dowd // *J. Health Econ.* — 1993. — Vol. 12, No. 2. — P. 201–204.
184. *McClellan M.* The uncertain demand for medical care: a comment on Emmett Keeler // *J. Health Econ.* — 1995. — Vol. 14, No. 2. — P. 239–242.
185. *Evans R.G. et al.* User Fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back. — Toronto: Canadian Institute for Advanced Research Program in Population Health, 1993.
186. *Fahs M.C.* Physician response to the United Mine Workers' cost-sharing program: the other side of the coin // *Health Serv. Res.* — 1992. — Vol. 27, No. 1. — P. 25–45.
187. *Stoddart G.L. et al.* Why not User Charges? The Real Issues. — Ontario: The Ontario Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice, 1993.
188. *The reform of Health Care: a Comparative Analysis of Seven OECD Countries.* — Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1992.
189. *Rodwin V.G., Sandier S.* Health care under French national health insurance // *Health Aff. (Millwood)*. — 1993. — Vol. 12, No. 3. — P. 111–131.
190. *German Health Reforms: Changes Result in Lower Health Costs in 1993.* — Washington: United States General Accounting Office, 1994.
191. *Nolan B.* Economic incentives, health status and health services utilization // *J. Health Econ.* — 1993. — Vol. 12, No. 2. — P. 151–169.
192. *Jonsson B., Gerdtham U.G.* Cost sharing for pharmaceuticals: the Swedish reimbursement system // *Sharing the Costs of Health: a Multicountry Perspective* / Ed. N. Mattison. — Basel: Pharmaceutical Partners for Better Health Care, 1995.
193. *Balabanova D.* Health care reforms in Bulgaria: current problems and options for development // *Eurohealth*. — 1995. — Vol. 1, No. 2. — P. 25–28.
194. *Preker A.S., Herbert W.B.* Healing the wounds // *New World Health* / Ed. L. Paine. — Lond.: Sterling Publications, 1995. — P. 15–18.

195. *Von Bredow L.* The reform of health care in the Czech Republic // *Eurohealth*. — 1995. — Vol. 1, No. 2. — P. 22–25.
196. *Kincses G.* The Role of Co-payment. The Possibilities and Barriers of Adaptation in Central-eastern Europe. — Budapest: National Information Center for Health Care, 1995.
197. *Abel-Smith B., Falkingham J.* Financing Health Services in Kyrgyzstan: the Extent of Private Payments. — Lond.: London School of Economics, 1995.
198. *Rasell M.E.* Cost sharing in health insurance — a re-examination // *N. Engl. J. Med.* — 1995. — Vol. 332, No. 17. — P. 1164–1168.
199. *Newhouse J.P.* A design for a health insurance experiment // *Inquiry*. — 1974. — Vol. 11, No. 1. — P. 5–27.
200. *Manning W.G. et al.* Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment // *Am. Econ. Rev.* — 1987. — Vol. 77, No. 3. — P. 251–277.
201. *Van Doorslaer E., Wagstaff A.* Equity in the finance of health care: methods and findings // *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an International Perspective*. — Oxford: Oxford University Press, 1993.
202. *Klein R.* On the Oregon trail: rationing health care // *Br. Med. J.* — 1991. — Vol. 302. — P. 1–2.
203. *Hunter D.* Rationing Dilemmas in Health Care. — Birmingham: National Association of Health Authorities and Trusts, 1993.
204. *Daniels N.* Just Health Care. — Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
205. *Churchill L.R.* Rationing Health Care in America. — South Bend: University of Notre Dame Press, 1987.
206. *Harris J.* QALYfying the value of life // *J. Med. Ethics*. — 1987. — Vol. 13. — P. 117–123.
207. *Klein R.* Dimensions of rationing: who should do what? // *Br. Med. J.* — 1993. — Vol. 307, No. 6899. — P. 309–311.
208. *Heginbotham C., Ham C.* Purchasing Dilemmas. — Lond.: King's Fund Institute, 1992.
209. *Maynard A.* Developing the health care market // *Econ. J.* — 1991. — Vol. 101. — P. 177–186.
210. *Heginbotham C.* Health care priority setting: a survey of doctors, manager and the general public // *Rationing in Action* / Ed. R. Smith. — Lond.: BMJ Publishing Group, 1993.
211. *Swedish Parliamentary Priorities Commission.* Priorities in Health Care. — Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, 1995.
212. *Ham C.J. et al.* Priority Setting for Health Gain. — Lond.: Department of Health, 1993.
213. *Barker J.* Local NHS Health Care Purchasing and Prioritising from the Perspective of Bromley Residents — a Qualitative Study. — Bromley: Bromley Health Authority, 1995.
214. *Bowie C.* Consulting the public about health service priorities // *Br. Med. J.* — 1995. — Vol. 311. — P. 1155–1158.
215. *Klein R., Redmayne S.* Patterns of Priorities. — Birmingham: National Association of Health Authorities and Trusts, 1992.
216. *House of Commons Health Committee.* Priority Setting in the NHS: Purchasing. — Lond.: HM Stationery Office, 1995.
217. *Appleby J. et al.* Acting on the Evidence. — Birmingham: National Association of Health Authorities and Trusts, 1995.
218. *Cochrane Library.* Cochrane Collaboration. — Lond.: BMJ Publishing Group, 1996.
219. *Department of Health.* Government Response to the First Report for the Health Committee Session 1994–95. — Lond.: HM Stationery Office, 1995.
220. *Brindle D.* Fresh limits on NHS feared // *The Guardian*. — 1995. — P. 1.
221. *Klein D.H.* Who should live and who should die? // *Inquiry*. — 1994. — Vol. 31, No. 3. — P. 239–240.

222. *Kitzhaber J.A.* Prioritising health services in an era of limits: the Oregon experience // *Br. Med. J.* — 1993. — Vol. 307. — P. 373–377.
223. *Prioritization of Health Services.* — Portland: Oregon Health Services Commission, 1991.
224. *National Advisory Committee on Care.* Third Report: Core Services of 1995/ 96. — Wellington: Health and Disability Support Services, 1994.
225. *Cumming J.* Core services and priority setting: the New Zealand experience // *Health policy.* — 1994. — Vol. 29. — P. 41–60.
226. *Ham C.J.* Health care rationing // *Br. Med. J.* — 1995. — Vol. 310. — P. 1483–1484.
227. *Bodenheimer T., Grumbach K.* Financing universal health insurance: taxes, premiums and the lessons of social insurance // *J. Health Polit. Policy Law.* — 1992. — Vol. 17, No. 3. — P. 438–462.
228. *Glaser W.A.* *Health Insurance in Practice.* — San Francisco: Jossey-Bass, 1991.
229. *Roemer M.I.* *National Health Systems of the World.* — Oxford: Oxford University Press, 1991.
230. *Ellencweig A.Y., Chinitz D.P.* Israel's health system reform // *Eur. J. Public Health.* — 1993. — Vol. 3, No. 1. — P. 85–91.
231. *Beckman M., Zarkovic G.* Transition to health insurance in former socialist countries // *The Process and Management of Change — Transition to a Health Insurance System in the Countries of Central and Eastern Europe: Proceedings of the 2nd Meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe.* — Essen, 1993.
232. *Struk P., Marshall T.* *Health Care Systems in Transition: Czech Republic.* — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1996.
233. *Massaro T.A. et al.* Health system reform in the Czech Republic. Policy lessons from the initial experience of the general health insurance company // *JAMA.* — 1994. — Vol. 271, No. 23. — P. 1870–1874.
234. *Skackova D., Marshall T.* *Health Care Systems in Transition: Slovakia.* — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1996.
235. *Tomes L.* Albania — social insurance in Albania: a system in transition // *Int. Soc. Security Rev.* — 1994. — Vol. 47, No. 1. — P. 73–79.
236. *The process of Restructuring Hungarian Health Care — 1990–94.* — Budapest: Ministry of Welfare, 1994.
237. *Tchernjavsky V.E., Marshall T.* *Health Care Systems in Transition: Russian Federation.* — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1994.
238. *Tragakes E.* Health care reforms in the CCEE/NIS: issues of spending, health insurance and efficiency // *Opportunities for the Future. Health Challenges in Central and Eastern Europe and the Newly Independent States: European Health Policy Conference.* — Copenhagen, 1994. — Vol. 5. — P. 55–74.
239. *Ensor T.* Health system reform in former socialist countries of Europe // *Int. J. Health Plan. Management.* — 1993. — Vol. 8. — P. 169–187.
240. *Chinitz D. et al.* Balancing competition and solidarity in health financing // *Critical Challenges for European Health Policy* / Eds. R.B. Saltman. *et al.* — Buckingham: Open University Press.
241. *Curtis S. et al.* Health care reforms in Russia: the example of St Petersburg // *Soc. Sci. Med.* — 1995. — Vol. 40, No. 6. — P. 755–765.
242. *Preker A.S. et al.* *Health Status, Health Services and Health Expenditure: Trends During the Transition in CEE* — Washington: World Bank, 1995.
243. *Vulic S. Marshall Y.* *Health Care Systems in Transition: Croatia.* — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997.
244. *Vienonen M. (ed.)* *The 5th Meeting of the Expert Network on Health and Health Care Financing Strategies.* — Ljubljana, 1995.

245. *Harcus L.* European Health Care Insurance — Growing Opportunities in the Private Sector. — Lond.: Financial Times Business Information, 1994.
246. *Feldbaum E.G., Hughesman M.* Healthcare Systems: Cost Containment Versus Quality. — Lond.: Financial Times Business Information, 1993.
247. *Marga L., Marshall T.* Health Care Systems in Transition: Latvia. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1996.
248. *Ashford D.E.* The Emergence of the Welfare State. — N.Y.: Oxford University Press, 1986.
249. *Esping-Andersen G.* The Three Worlds of Welfare Capitalism. — Princeton: Princeton University Press, 1990.
250. *Culver A.J.* Health, health expenditures, and equity // Equity in the finance and delivery of health care. An International Perspective / Eds. E. van Doorslaer *et al.* — Oxford: Oxford University Press, 1993. — P. 299–319.
251. *Pauly M.V.* Overinsurance and public provision of insurance: the role of moral hazard and adverse selection // Q. J. Econ. — 1974. — Vol. 88. — P. 44–62.
252. *Rothschild M., Stiglitz J.* Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information // Ibid. — 1976. — Vol. 90. — P. 629–649.
253. *Wagstaff A. et al.* Equity in the finance of health care: some international comparisons // J. Health Econ. — 1992. — Vol. 11, No. 4. — P. 361–387.
254. *Friedman M., Friedman R.* Free to Choose. — N.Y.: Free Press, 1981.
255. *Berg A. et al.* Public Perception of the Health System Following Implementation of the National Health Insurance Law: Selected Preliminary Findings from a Survey of the General Population (an Executive Summary of a Research Report). — Jerusalem: Brookdale Institute, 1996.
256. *Wasem J.* Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich — Chancen für eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV // Soz. Fortschritt. — 1993. — Bd. 42. — S. 31–39.
257. *Schneider M.* Health care cost containment in the Federal Republic of Germany // Health Care Financing Rev. — 1991. — Vol. 12, No. 3. — P. 87–101.
258. *De Swaan A.* De Mens is de Mens een Zorg [People are a Concern to People]. — Amsterdam: Muelenhoff, 1989.
259. *Harrison A.* From Hierarchy to Contract. — Newbury: Policy Journals, 1993.
260. *Kongstvedt P.R.* The Managed Health Care Handbook. — Gaithersburg: Aspen, 1993.
261. *Changing Health Care in the Netherlands.* — The Hague: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1988.
262. *Sheiman I.* Forming the system of health insurance in the Russian Federation // Soc. Sci. Med. — 1994. — Vol. 10. — P. 1425–1432.
263. *Ham C.* Contestability: a middle path for health care // Br. Med. J. — 1996. — Vol. 312. — P. 70–71.
264. *Glaser W.* Paying the Doctor. — San Francisco: Jossey-Bass, 1970.
265. *Contandriopoulos A.P. et al.* Systèmes de soins et modalités de rémunération // Soc. Travail. — 1990. — Vol. 1, No. 90. — P. 95–115.
266. *Pouvoirville G.* Le paiement de l'acte médical: une comparaison avec la France, les États-Unis et le Québec // J. d'Econ. Med. — 1987. — Vol. 5, No. 1. — P. 5–20.
267. *Hickson G.B.* Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behaviour in a randomized prospective study // Pediatrics. — 1987. — Vol. 80, No. 3. — P. 344–350.
268. *Vayda E.* A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales // N. Engl. J. Med. — 1973. — Vol. 289. — P. 1224–1229.
269. *Vayda E. et al.* A decade of surgery in Canada, England and Wales, and the United States // Arch. Surg. — 1982. — Vol. 117. — P. 846–853.

270. *Rice T.* The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician-induced demand // *Med. Care.* — 1983. — Vol. 21. — P. 803–815.
271. *Rice T.* Physician initiated demand for medical care: new evidence from the Medicare program // *Adv. Health Econ. Health Serv. Res.* — 1984. — Vol. 5. — P. 129–160.
272. *Labelle R. et al.* Financial Incentives and Medical Practice: Evidence from Ontario on the Effect of Changes in Physician Fees on Medical Care Utilization. — Ontario: Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1990.
273. *Rochaix L.* Adjustment Mechanisms in Physicians' Services Markets. — Thesis: Department of Economics, University of York, 1991.
274. *Rochaix L.* Financial incentives for physicians: the Quebec experience // *Health Econ.* — 1993. — Vol. 2. — P. 163–176.
275. *Keeler E.B., Brode M.* Economic incentives in the choice between vaginal delivery and Caesarean section // *Milbank Q.* — 1993. — Vol. 71, No. 3. — P. 365–404.
276. *Donaldson C., Gerard K.* Paying general practitioners: shedding light on the review of health services // *J. R. Coll. Gen. Pract.* — 1989. — Vol. 39, No. 320. — P. 114–117.
277. *Luft H.S.* How do health maintenance organizations achieve their savings? // *N. Engl. J. Med.* — 1978. — Vol. 298. — P. 1336–1343.
278. *Greenfield S. et al.* Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study // *J. Am. Med. Assoc.* — 1992. — Vol. 267. — P. 1624–1630.
279. *Stearns S.* Physician responses to fee-for-service and capitation payment // *Inquiry.* — 1992. — Vol. 29. — P. 416–425.
280. *Ellis R.P., McGuire T.G.* Optimal payment systems for health services // *J. Health Econ.* — 1990. — Vol. 9. — P. 375–396.
281. *Delnoij D.M.J.* Physician Payment Systems and Cost Control. — Utrecht: Nivel, 1994.
282. *Rochaix L.* The French Health Care System at the Crossroads: Proceedings of the 2nd European Conference in Health Economics. — Paris, 1992.
283. *Hughes D., Yule B.* The effect of per-item fees on the behaviour of primary health care // *J. Health Econ.* — 1992. — Vol. 11, No. 4. — P. 413–438.
284. *Robinson J.C.* Payment mechanisms, nonprice incentives, and organisational innovation in health care // *Inquiry.* — 1993. — Vol. 30, No. 3. — P. 328–333.
285. *Hillman A.L. et al.* How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations? // *N. Engl. J. Med.* — 1989. — Vol. 321. — P. 86–92.
286. *Hemenway D. et al.* Physicians' responses to financial incentives. Evidence from a for-profit ambulatory care center // *Ibid.* — 1990. — Vol. 322, No. 15. — P. 1059–1063.
287. *Stoddart G.L.* Reflections on incentives and health system reform // *Incentives in Health Systems* / Ed. G. Lopez-Casasnovas. — Berlin: Springer-Verlag, 1991. — P. 75–95.
288. *Petersen L.K.* Hospital Financing in Denmark. — Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1995.
289. *Strategy for health.* — Warsaw: Ministry of Health and Social Welfare, 1994.
290. *Sourty-Le Guellec M.-J.* Hospital financing in France // *Hospital Financing in Seven Countries* / Ed. M.M. Wiley. — Washington: Government Printing Office, 1995.
291. *Leidl R.* Hospital financing in Germany // *Hospital Financing in Seven Countries* / Ed. M.M. Wiley. — Washington: Government Printing Office, 1995.
292. *Wiley M.M.* Budgeting for acute hospital services in Ireland: the case-mix adjustment // *J. Irish Coll. Physicians Surgeons.* — 1995. — Vol. 24. — P. 283–290.
293. *Mapelli V.* Hospital Financing in Italy. — Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1995.

294. *Solstad K., Nyland K.* Financing Acute Hospitals in Norway. — Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1995.
295. *Pfeiffer K.P.* The model of a new hospital financing system in Austria — its possible effects on hospitals // Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America / Eds. F.W. Schwartz *et al.* — Lond.:Wiley and Sons, 1996.
296. *Jansen R., Klemola K.* Financing Acute Hospitals in Finland. — Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1995.
297. *Bartlett W., Le Grand J.* The performance of trusts // Evaluating the NHS reforms / Eds. R. Robinson, J. Le Grand. — Lond.: King's Fund Institute, 1994. — P. 54–73.
298. *Wiley M.M.* Hospital Financing and Payment Systems: a Review of Selected OECD Countries. — Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1995.
299. *Mossialos E., Abel-Smith B.* Pharmaceuticals // Regulation in Question: the Growing Agenda / Ed. R. Baldwin. — Lond.: London School of Economics, 1995.
300. *Aaron H.* Economic aspects of the role of the government in the health care // Health, Economics and Health Economics / Eds. J. van der Gaag, M. Periman. — Amsterdam, 1981.
301. *Arrow K.* Uncertainty and the welfare economics of medical care // Am. Econ. Rev. — 1963. — Vol. 53, No. 6. — P. 941–973.
302. *Cullis J., West P.* The Economics of Health: an Introduction. — N.Y.: New York University Press, 1979.
303. *Abel-Smith B.* Value for Money in Health Services: a Comparative Study. — Lond.: Heinemann, 1976.
304. *Teeling-Smith G.* Medicines for the Year 2000. — Lond.: Office of Health Economics, 1979.
305. *Wells N.* Pharmaceuticals among the Sunrise Industries. — Lond.: Croom Helm, 1986.
306. *Barrie G.J.* Patents and Pharmaceuticals. — N.Y.: New York University Press, 1977.
307. *Cooper M.C.* Prices and Profits in the Pharmaceutical Industry. — Oxford: Pergamon Press, 1966.
308. *Interministerial Prices Committee.* Activity Report. — Rome: Ministry of Health, 1995.
309. *Vartholomeos J., Tinos P.* The structure and reform of social security and the demand for pharmaceuticals in Greece // Cost Containment, Pricing and Financing of Pharmaceuticals in the European Community: the Policy-makers' View / Eds. E. Mossialos *et al.* — Athens: LSE Health and Pharmetrika S.A., 1994.
310. *Facts 1994: Medicine and Dental Care.* — Copenhagen: MEFA, 1994.
311. *Mossialos E., Abel-Smith B.* Cost Containment in the Pharmaceutical Sector in the EU Member States. — Lond.: London School of Economics, 1996.
312. *Beoordeling ABDA-Prijvergelijking Geneesmiddelen [Evaluation of the ABDA Drug Prices Evaluation Study].* — The Hague: Government Research Institute, 1995.
313. *Vergleich europäischer Armeimittelpreise [Comparison of European Pharmaceutical Prices].* — Eschborn: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, 1993.
314. *Burstall M.* Cost and utilization of pharmaceuticals in the United Kingdom // Health policy. — (in press).
315. *Ball B.* The current market for generics in Europe: Proceedings of a Meeting on Recent Changes Affecting the Development and Marketing of Generic Medicines. — Lond., 1994.
316. *Dukes M.N.* Change and growth in generic markets in developed and developing countries // Medicines and the New Economic Environment: Proceedings of the Conference. — Madrid, 1995.
317. *Good Pharmacy Practice (GPP) in Community and Hospital Pharmacy Settings.* — Geneva: World Health Organization, 1996.
318. *Walt G.* Implementing health care reforms: a framework for discussion // Critical Challenges for European Health Policy / Eds. R.B. Saltman *et al.* — Buckingham: Open University Press, 1995.

319. *Thomas L.* The Lives of a Cell. — N.Y.: Bantam Books, 1975.
320. *Weisbrod B.A.* The health care quadrilemma. An essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment // *J. Econ. Perspectives.* — 1991. — Vol. 29. — P. 23–552.
321. *Working for Patients.* — Lond.: HM Stationery Office, 1989.
322. *McPherson K. et al.* Small area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway // *N. Engl. J. Med.* — 1982. — Vol. 307. — P. 1310–1314.
323. *Wennberg J.E.* Population illness rates do not explain population hospitalisation rates: a comment on Mark Blumberg's thesis that morbidity adjusters are needed to interpret small area variations // *Med. Care.* — 1987. — Vol. 25. — P. 354–359.
324. *McPherson K.* Why do variations occur? // *The Challenges of Medical Practice Variations* / Eds. G. Mooney, T.E. Andersen. — Lond.: Macmillan, 1990.
325. *Chalmers I., Altman D.* (ed.) *Systematic Reviews.* — Lond.: BMJ Publishing Group, 1995.
326. *Black N.A. et al.* A randomized controlled trial of surgery for glue ear // *Br. Med. J.* — 1990. — Vol. 300. — P. 1551–1556.
327. *Hunter D.J.W. et al.* Health care sought and received by men with urinary symptoms and their views on prostatectomy // *Br. J. Gen. Pract.* — 1995. — Vol. 45. — P. 27–30.
328. *Mulrow C.D.* Rationale for systematic reviews // *Systematic Reviews* / Eds. I. Chalmers, D.G. Altman. — Lond.: BMJ Publishing Group, 1995. — P. 1–8.
329. *Enkin M. et al.* *Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* — Oxford: Oxford University Press, 1995.
330. *Bergrem H. et al.* Five Years with the St Vincent Declaration: Report Based on 1994 Questionnaires Completed by the St Vincent Declaration Liaison Persons of WHO/EURO Member States. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995.
331. *Petersen P.E.* Effectiveness of oral health care — some Danish experiences // *Proc. Finn. Dent. Soc.* — 1992. — Vol. 88. — P. 1–2.
332. *Staehr Johansen K.* The OBSQID project: obstetrical quality development through integrated use of telematics // *Technol. Inform.* — 1994. — Vol. 14. — P. 59–62.
333. *Banta H.D., Luce B.* *Health Care Technology and its Assessment, an International Perspective.* — Oxford: Oxford University Press, 1993.
334. «Miraculous» developments from health services research // *Br. Med. J.* — 1996. — Vol. 312, No. 7024. — P. 131.
335. *Gillis C.R., Hollis D.J.* Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland // *Ibid.* — P. 145–148.
336. *Health for all Targets: the Health Policy for Europe.* — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1991.
337. *Havelin L.I. et al.* The effect of cement types on early revision of Charnley total hip prostheses // *J. Bone Joint Surg. Am.* — 1995. — Vol. 77. — P. 1543–1550.
338. *Andreasen A.H.* Improvement in outcome of breast cancer in Denmark // *Case-based Telematic Systems* / Eds. F.H. Roger France *et al.* — Amsterdam: IOS Press, 1994.
339. *Freemantle N., Maynard A.* Something rotten in the state of clinical and economic evaluations? // *Health Econ.* — 1994. — Vol. 3. — P. 63–67.
340. *Stocking B.* *Expensive Health Technology: Regulatory and Administrative Mechanisms in Europe.* — Oxford: Oxford University Press, 1988.
341. *Battista R.N. et al.* Lessons from the eight countries // *Health Policy.* — 1994. — Vol. 30, No. 1. — P. 397–421.
342. *Peckham M.* Research and development for the national health service // *Lancet.* — 1991. — Vol. 338. — P. 367–371.

343. *Maxwell R.* Quality assessment in health // *Br. Med. J.* — 1984. — Vol. 288. — P. 1470–1471.
344. *Blomhøj G. et al.* Continuous Quality Development: a Proposed National Policy. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993.
345. *Black N.* Research, audit and education // *Br. Med. J.* — 1992. — Vol. 304. — P. 698–700.
346. *Black N.* Quality assurance of medical care // *J. Public Health Med.* — 1990. — Vol. 12. — P. 87–104.
347. *Donabedian A.* A Guide to Medical Care Administration. — Washington: American Public Health Association, 1969.
348. *McKee M., Hunter D.* Mortality league tables: do they inform or mislead? // *Qual. Health Care.* — 1994. — Vol. 4. — P. 5–12.
349. *Mant J., Hicks N.* Detecting differences in quality of care. The sensitivity of measures of process and outcome in treating myocardial infarction // *Br. Med. J.* — 1995. — Vol. 311. — P. 793–796.
350. *Bergrem H. et al.* Diabetes care in Europe. The St Vincent Declaration coming of age? // *Diabetes Nutrition Metabolism.* — 1996. — Vol. 9. — P. 330–336.
351. *Medical Audit, a First Report: What, Why and How?* — Lond.: Royal College of Physicians, 1989.
352. *Ankone A., Spreeuwenberg C.* Artsen werken samen van Ierland tot Kyrgyzstan [Doctors collaborate from Ireland to Kyrgyzstan] // *Medisch Contact.* — 1993. — Vol. 48, No. 6. — P. 165–167.
353. *Scrivens E. et al.* Accreditation: what can we learn from the Anglophone model? // *Health Policy.* — 1995. — Vol. 34. — P. 153–226.
354. *Zavartnik J.J.* Strategies for reaching poor blacks and Hispanics in Dade County, Florida // *Cancer.* — 1993. — Vol. 72, No. 3. — P. 1088–1092.
355. *Black N., Johnston A.* Volume and outcome in hospital care: evidence, explanations and implications // *Health Serv. Manage. Res.* — 1990. — Vol. 3, No. 2. — P. 108–114.
356. *Sowden A.J. et al.* Volume and outcome in coronary artery bypass graft surgery: true association or artefact? // *Br. Med. J.* — 1995. — Vol. 311. — P. 151–155.
357. *Haley L.R.W.* Managing Hospital Infection Control for Costeffectiveness: a Strategy for Reducing Infectious Complications. — Chicago: American Hospital Publishing, 1986.
358. *Staehr Johansen K.* Who Care: hospital infection surveillance and feedback programme // *Health Care Computing.* — 1992. — Vol. 859. — P. 366.
359. *Eddy D.* Practice policies, what are they? // *J. Am. Med. Assoc.* — 1990. — Vol. 263. — P. 877–880.
360. *Grimshaw J.M., Russell I.T.* Achieving health gain through clinical guidelines: II — ensuring that guidelines change medical practice // *Qual. Health Care.* — 1994. — Vol. 3. — P. 5–52.
361. *Lomas J. et al.* Do practice guidelines change practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians // *N. Engl. J. Med.* — 1989. — Vol. 321. — P. 1306–1131.
362. *Kosecoff J. et al.* Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice // *J. Am. Med. Assoc.* — 1987. — Vol. 258. — P. 2708–2713.
363. *McKee M., Clarke A.* Guidelines, enthusiasms, uncertainty, and the limits to purchasing // *Br. Med. J.* — 1995. — Vol. 310, No. 6972. — P. 101–104.
364. *Oxman A.* No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice // *Can. Med. Assoc. J.* — 1995. — Vol. 153, No. 10. — P. 1423–1431.
365. *Jensen L.P., Schroeder T.V.* How can vascular registers help us to improve risk benefit relations in vascular surgery. The Danish experience // *Risk Benefit Aspects of Vascular Surgery* / Eds. J. Swedenborg, L. Blohme. — Stockholm: Karolinska Institute, 1994.
366. *European Forum of Medical Associations and WHO.* Policy of Medical Associations Regarding Quality of Care Development. Workshop on the Project to Develop Policies and

- Mechanisms for National Medical Associations Regarding Quality of Care Development. — Utrecht, 1993.
367. *McCarthy G.J.* Involving physicians in TOM. To gain physician support for quality management, hospital administrators must treat physicians as customers // *Health Progr.* — 1993. — Vol. 74, No. 10. — P. 33–35.
368. *Krueger N.E., Mazuzan J.E. Jr.* A collaborative approach to standards, practices. Setting the stage for continuous quality improvement // *AORN J.* — 1993. — Vol. 57, No. 2. — P. 467, 470–475, 478–480.
369. *Borgions J. et al.* Développement Continu de la Qualité des Soins: Proposition de Politique Nationale. — Brussels: Ministère de la santé publique et de l'environnement, 1995.
370. *Sorli J. et al.* Quality in Health Care: a Proposed National Policy. — Ljubljana: Ministry of Health, 1996.
371. *The obstetrical Quality Development through Integrated Use of Telematics Project: European Consensus Conference on Quality Assurance Indicators for Perinatal Care.* — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993.
372. *Piwernetz K.* Diabcare quality network in Europe // *St Vincent Declaration Newsletter.* — 1995. — Vol. 7. — P. 15–16.
373. *MØller I. et al.* Manual on Quality Assurance Indicators in Oral Health Care. The Oratel Project: Telematic System for Quality Assurance in Oral Health Care, CEC Project A2029. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1992.
374. *Staehr Johansen K.* Continuous surveillance of surgical wound infections // *Hospital Management International* 1989. — Lond.: International Hospital Federation, 1989. — P. 365–367.
375. *Quality Assurance Indicators in Mental Health Care. Report on a WHO Consensus Meeting.* — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1994.
376. *Warner M.* Implementing Health Care Reforms through Substitution. — Cardiff: Welsh Institute for Health and Social Care, 1996.
377. *Expert Advisory Group on Cancers. A Policy Framework for Commissioning Cancer Services. A Report by the Expert Advisory Group on Cancers to the Chief Medical Officers of England and Wales.* — Lond.: Department of Health, 1995.
378. *Van Beekum D., Haerkens E.* Moving technology from the hospital to the home: a systematic approach // *From Hospital to Home Care: the Potential for Acute Service Provision / Eds. D. Costin, M.M. Warner.* — Lond.: King's Fund Institute, 1992.
379. *Lee S.* Hospital Care in Europe: the Challenge of a Changing Role. — Lond.: Financial Times Business Information, 1995.
380. *Gaspoz J.M. et al.* Cost-effectiveness of a new short-stay unit to “rule out” acute myocardial infarction in low risk patients // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 1994. — Vol. 24. — P. 1249–1259.
381. *Brillman J.C., Tandberg D.* Observation unit impact on emergency department Admission for asthma // *Am. J. Emerg. Med.* — 1994. — Vol. 12. — P. 11–14.
382. *Connett G.J. et al.* Audit strategies to reduce hospital admissions for acute asthma // *Arch. Dis. Child.* — 1993. — Vol. 69. — P. 202–205.
383. *Rossi R. et al.* Improving quality in emergency services to reduce hospital admission // *Qual. Assurance Health Care.* — 1993. — Vol. 5. — P. 127–129.
384. *Swift P.G. et al.* A decade of diabetes: keeping children out of hospital // *Br. Med. J.* — 1993. — Vol. 307. — P. 96–98.
385. *Kornowski R. et al.* Intensive home-care surveillance prevents hospitalization and improves morbidity rates among elderly patients with severe congestive heart failure // *Am. Heart J.* — 1995. — Vol. 129. — P. 762–766.
386. *Ellencweig A.Y. et al.* The effect of admission to long-term care program on utilization of health services by the elderly in British Columbia // *Eur. J. Epidemiol.* — 1990. — Vol. 6, No. 2. — P. 175–183.

387. *Chang J.I. et al.* Patient outcomes in hospital-based respite: a study of potential risks and benefits // *J. Am. Board Fam. Pract.* — 1992. — Vol. 5. — P. 475–481.
388. *Stuck A.E. et al.* A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community // *N. Engl. J. Med.* — 1995. — Vol. 333. — P. 1184–1189.
389. *Pathy M.S.J. et al.* Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home // *Lancet.* — 1992. — Vol. 34. — P. 890–893.
390. *Payne S.M.C. et al.* Identifying and managing inappropriate hospitalisation // *Health Serv. Res.* — 1987. — Vol. 22. — P. 709–769.
391. *Westphal M. et al.* Changes in the average length of stay and average charges generated following institution of PSRO // *Health Serv. Res.* — 1979. — Vol. 14. — P. 253–265.
392. *Wickizer T.M. et al.* Does utilisation review reduce unnecessary hospital care and contain cost? // *Med. Care.* — 1989. — Vol. 27. — P. 632–647.
393. *Werneke U., Macfaul R.* A criticism of the paediatric appropriateness evaluation protocol // *Arch. Dis. Child.* — (in press).
394. *Inglis A.L. et al.* Appropriateness of hospital utilization // *Med. Care.* — 1995. — Vol. 33. — P. 952–957.
395. *Bare M.L. et al.* Appropriateness of admissions and hospitalisation days in an acute-care teaching hospital // *Revue d'Épidémiol. Santé Publique.* — 1995. — Vol. 43. — P. 328–336.
396. *Victor C.R., Khakoo A.A.* Is hospital the right place? A survey of inappropriate admissions to an inner London NHS trust // *J. Public Health Med.* — 1994. — Vol. 16. — P. 286–290.
397. *Victor C. et al.* The inappropriate use of acute hospital beds in an inner London District Health Authority // *Health Trends.* — 1993. — Vol. 25. — P. 94–97.
398. *Namdaran F. et al.* Bed blocking in Edinburgh hospitals // *Health Bull.* — 1992. — Vol. 50, No. 3. — P. 223–227.
399. *McClaran J. et al.* Chronic status patients in a university hospital: bed-day utilization and length of stay // *Can. Med. Assoc. J.* — 1991. — Vol. 145. — P. 1259–1265.
400. *Apolone G. et al.* A survey of the necessity of the hospitalisation day in an Italian teaching hospital // *Qual. Assur. Health Care.* — 1991. — Vol. 3. — P. 1–9.
401. *Hynes M. et al.* Patients 21 days or more in an acute hospital bed: appropriateness of care // *Ir. J. Med. Sci.* — 1991. — Vol. 160. — P. 389–392.
402. *Anderson P. et al.* Use of hospital beds: a cohort study of admission to a provincial hospital // *Br. Med. J.* — 1988. — Vol. 297. — P. 910–912.
403. *Coid J., Crome P. et al.* Bed-blocking in Bromley // *Br. Med. J.* — 1986. — Vol. 292. — P. 1253–1256.
404. *Popplewell P.Y. et al.* Peer review of utilisation of medical beds at Flinders Medical Centre // *Austr. N. Z. J. Med.* — 1984. — Vol. 14. — P. 226–230.
405. *Seymour D.G., Pringle R.* Elderly patients in a general surgical unit: do they block beds? // *Br. Med. J.* — 1982. — Vol. 284. — P. 1921–1923.
406. *Murphy F.W.* Blocked beds // *Ibid.* — 1997. — Vol. 1. — P. 1395–1396.
407. *Rubin S.G., Davies G.H.* Bed blocking by elderly patients in general hospital wards // *Age Ageing.* — 1975. — Vol. 4. — P. 142–147.
408. *Department of Health.* Economies of Scope and Scale in Health Services: Summary of Evidence. — Leeds: NHS Executive, 1995.
409. *Report of an Independent Review of Specialist Services in London.* Cardiac Services. Renal Services. Neurosciences. — Lond.: HM Stationery Office, 1993.
410. *Office of Technology Assessment.* The Quality of Medical Care: Information for Consumers. — Washington: Government Printing Office, 1988.
411. *Luft H.S. et al.* Hospital Volume, Physician Volume and Patient Outcomes: Assessing the Evidence. — Ann Arbor: Health Administration Press Perspectives, 1990.

412. *Harding M. et al.* Management of a malignant teratoma: does referral to a specialist unit matter? // *Lancet*. — 1993. — Vol. 341. — P. 999–1002.
413. *McArdle C., Hole D. et al.* Impact of variability amongst surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival // *Br. Med. J.* — 1991. — Vol. 302. — P. 1901–1905.
414. *Cromwell J. et al.* Learning by doing in CABG surgery // *Med. Care*. — 1990. — Vol. 28, No. 1. — P. 6–18.
415. *Kelly J.V., Hellinger F.J.* Heart disease and hospital deaths: an empirical study // *Health Serv. Res.* — 1987. — Vol. 22, No. 3. — P. 369–395.
416. *Report of the National Confidential Enquiry in Perioperative Deaths*. — Lond.: Royal College of Surgeons, 1992.
417. *Hannan E.L. et al.* Improving the outcomes of CABG surgery in New York State // *J. Am. Med. Assoc.* — 1994. — Vol. 271. — P. 10.
418. *Fram A. et al.* Is there a rationale for regionalizing organ transplantation services? // *J. Health Polit. Policy Law*. — 1989. — Vol. 14. — P. 1.
419. *Lawton R. et al.* The effects of patient, hospital and physician characteristics on length of stay and mortality // *Med. Care*. — 1991. — Vol. 29, No. 3. — P. 251–253.
420. *Garnick D.W. et al.* Surgeon volume vs hospital volume: which matters more? // *J. Am. Med. Assoc.* — 1989. — Vol. 262. — P. 4.
421. *Kelly J.V., Hellinger F.J.* Physician and hospital factors associated with mortality of surgical patients // *Med. Care*. — 1986. — Vol. 24. — P. 9.
422. *Banta H.D.* Future health care technology and the hospital // *Health Policy*. — 1990. — Vol. 14, No. 1. — P. 61–73.
423. *Alma-Ata 1978: Primary Health Care*. — Geneva: World Health Organization, 1978.
424. *White K.L.* *Healing the Schism: Epidemiology, Medicine and the Public's Health*. — N.Y.: Springer-Verlag, 1991.
425. *McKeown T.* *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. — Oxford: Basil Blackwell, 1979.
426. *Tarimo E., Webster E.G.* *Primary Health Care: Concepts and Challenges in a Changing World. Alma-Ata Revisited*. — Geneva: World Health Organization, 1994.
427. *Mullan F.* Community-oriented primary health care: an agenda for the 80's // *N. Engl. J. Med.* — 1982. — Vol. 307. — P. 1076–1078.
428. *Wright R.A.* Community-oriented primary care. The cornerstone of health care reform // *J. Am. Med. Assoc.* — 1993. — Vol. 269, No. 19. — P. 2544–2547.
429. *Godinho J.* Tipping the balance towards primary health care: a research project of the Commission of the European Communities // *Eur. J. Public Health*. — 1992. — Vol. 2, No. 3–4. — P. 129–219.
430. *Marinker M.* *The End of General Practice. The 1994 Bayliss Lecture*. — Lond.: Private Patient Plan, 1994.
431. *Starfield B. et al.* The influence of patient-practitioner agreement on the outcome of care // *Am. J. Public Health*. — 1981. — Vol. 71. — P. 117–123.
432. *The challenge for Nursing and Midwifery in the 21st Century — the Heathrow Debate*. — Lond.: Department of Health, 1994.
433. *Salisbury C.J., Tattersell M.J.* Comparison of the work of a nurse practitioner with that of a general practitioner // *J. R. Coll. Gen. Pract.* — 1988. — Vol. 38. — P. 314–316.
434. *Spitzer W.O. et al.* The Burlington randomized trial of the nurse practitioner // *N. Engl. J. Med.* — 1974. — Vol. 290, No. 5. — P. 251–256.
435. *Feldman M.J. et al.* Studies of nurse practitioner effectiveness // *Nurs. Res.* — 1987. — Vol. 36, No. 5. — P. 303–308.
436. *Audit Commission.* *The Virtue of Patients: Making Best Use of Ward Nursing Resources*. — Lond.: HM Stationery Office, 1991.

437. *Carr-Hill R. et al.* Skill Mix and the Effectiveness of Nursing Care. — York: Centre for Health Economics, University of York, 1992.
438. *National Health Service.* Evaluation of Nurse Practitioner Pilot Projects. — Lond.: Touche Ross and Co., 1994.
439. *Shi L. et al.* A rural-urban comparative study of nonphysician providers in community and migrant health centers // *Public Health Rep.* — 1994. — Vol. 109, No. 6. — P. 809–815.
440. *Office of Technology Assessment.* Nurse Practitioners, Physician Assistants and Certified Nurse-midwives: a Policy Analysis, Health Technology Case Study. — Washington: Government Printing Office, 1986.
441. *Cooper M.H.* Jumping on the spot — health reform New Zealand style // *Health Econ.* — 1994. — Vol. 3. — P. 69–72.
442. *Chernichovsky D., Chinitz D.* The political economy of health system reform in Israel // *Health Econ.* — 1995. — Vol. 4. — P. 127–141.
443. *De Leeuw E., Polman L.* Health policy making: the Dutch experience // *Soc. Sci. Med.* — 1995. — Vol. 40, No. 3. — P. 331–338.
444. *Johnson N.* (ed.) *Private Markets in Health and Welfare.* — Oxford: Berg, 1995.
445. *James J.H.* Reforming the British National Health Service: implementation problems in London // *J. Health Polit. Policy Law.* — 1995. — Vol. 20, No. 1. — P. 191–210.
446. *Walt G., Gilson L.* Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis // *Health Policy.* — 1994. — Vol. 9, No. 4. — P. 353–370.
447. *Cumper G.E.* Should we plan for contradiction in health services? The Jamaican experience // *J. Health Policy.* — 1993. — Vol. 8, No. 2. — P. 113–121.
448. *Immergut E.* *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe.* — Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
449. *Włodarczyk C.* Expert network on health and health care financing strategies in countries of central and eastern Europe, or on the advantages of neighbourly cooperation in health care reforms // *Antidotum.* — 1993. — Suppl. — P. 8–21.
450. *Heginbotham C., Maxwell R.* Managing the transitions: a Western European view of health care development in Eastern Europe // *Eur. J. Public Health.* — 1991. — Vol. 1, No. 1. — P. 36–44.
451. *Pierson P.* *Dismantling the Welfare State?* — Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
452. *Mohan J.* *A National Health Service?* — N.Y.: St. Martin's Press, 1995.
453. *Peabody J.W. et al.* Health system reform in the Republic of China. Formulating policy in a market-based health system // *J. Am. Med. Assoc.* — 1995. — Vol. 273, No. 10. — P. 777–781.
454. *Figueras J. et al.* Health care systems in Southern Europe: is there a Mediterranean paradigm? // *Int. J. Health Sci.* — 1994. — Vol. 5, No. 4. — P. 135–146.
455. *Martinez J., Sandiford P.* *Health Sector Reforms in Central America.* — Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine, 1995.
456. *Mills A. et al.* (ed.) *Health System Decentralization; Concepts, Issues and Country Experience.* — Geneva: World Health Organization, 1990.
457. *Marmor T., Hamburger T.* The missing alternative: how Washington elites pushed single-payer reform plans off the agenda // *Understanding Health Care Reform* / Ed. T. Manner. — New Haven: Yale University Press, 1994.
458. *Borissov V., Rathwell T.* Health care reforms in Bulgaria: an initial appraisal // *Soc. Sci. Med.* — 1995. — Vol. 42, No. 11. — P. 1501–1510.
459. *Cleaves P.* Implementation amidst scarcity and apathy: political power and policy design // *Politics and Policy Implementation in the Third World* / Ed. M. Grindle. — Princeton: Princeton University Press, 1980.

460. Klein R. Big bang health care reform — does it work? The case of Britain's 1991 National Health Service reforms // *Milbank Q.* — 1995. — Vol. 73, No. 3. — P. 299–337.
461. Gladstone D., Goldsmith M. Health care reform in the UK: working for patients? // *Reforming Health Care: the Philosophy and Practice of International Health Reform* / Ed. D. Seedhouse. — Chichester: John Wiley, 1995. — P. 71–84.
462. Ashton T. From evolution to revolution: restructuring the New Zealand health system // *Reforming Health Care: the Philosophy and Practice of International Health Reform* / Ed. D. Seedhouse. — Chichester: John Wiley, 1995. — P. 85–93.
463. Borren P., Maynard A. The market reform of the New Zealand health care system: searching for the Holy Grail in the Antipodes // *Health Policy.* — 1994. — Vol. 27, No. 3. — P. 233–52.
464. Robinson R., Le Grand J. (ed.) *Evaluating the NHS Reforms.* — Lond.: King's Fund Institute, 1994.
465. Johansson I. Decentralization from acute to home care settings in Sweden // *Health Policy.* — (in press).
466. Groenewegen P.P. The shadow of the future: institutional change in health care // *Health Aff. (Millwood).* — 1994. — Vol. 13, No. 5. — P. 137–148.
467. Harrison S., Pollitt C. *Controlling Health Professionals. The Future of Work and Organization in the National Health Service.* — Lond.: Open University Press, 1994.
468. Wilding P. *Professional Power and Social Welfare.* — Henley-on-Thames: Routledge and Kegan Paul, 1984.
469. Grindle M., Thomas J. *Public Choices and Policy Change.* — Baltimore: J. Hopkins University Press, 1991.
470. Brommels M. Contracting and political boards in planned markets // *Implementing Planned Markets in Health Care* / Eds. R.B. Saltman, C. von Otter. — Buckingham: Open University Press, 1995. — P. 86–109.
471. Richardson J. *Policy Styles in Western Europe.* — Lond.: George Alien and Unwin, 1982.
472. Steinmo S., Watts J. It's the institutions, stupid! Why comprehensive national health insurance always fails in America // *J. Health Polit. Policy Law.* — 1995. — Vol. 20, No. 2. — P. 329–372.
473. Zarkovic G. et al. *Reform of the Health Care Systems Informer Socialist Countries: Problems, Options, Scenarios.* — Neuberberg: Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (Medis), 1994.
474. Mierzewsky P. Reform experiences. Facing the challenges // *Antidotum.* — 1993. — Suppl. — P. 68–70.
475. Jonczyk J. The Polish dilemma and proposals for change // *Antidotum.* — 1993. — Vol. L. — Suppl. — P. 81–84.
476. Peck E. Power in the National Health Service: a case study of a unit considering NHS trust status // *Health Serv. Manage. Res.* — 1991. — Vol. 4, No. 2. — P. 120–130.
477. Tandler J., Freedheim S. Trust in a rent-seeking world: health and government transformed in Northeast Brazil // *World Dev.* — 1994. — Vol. 22. — P. 1771–1791.
478. *Health and the Economy — Overview.* — Mexico City: Fundacion Mexicana para la Salud, 1995.
479. Keen J. et al. Doctors and resource management: incentives and goodwill // *Health Policy.* — 1993. — Vol. 24, No. 1. — P. 71–82.
480. Glennerster H. et al. *Implementing GP Fundholding.* — Buckingham: Open University Press, 1995.
481. Barrett S., Hill M. Policy, bargaining and structure in implementation theory: towards an integrated perspective // *Policy Polit.* — 1984. — Vol. 12, No. 3. — P. 219–240.

482. *Ansoff L., McDonnell C.* Implementing Strategic Management. — Hemel Hempstead: Prentice Hall, 1990.
483. *Reich M.R.* Political Mapping of Health Policy. — Boston: Harvard University, 1993.
484. *Freeman R.E.* Strategic Management. — Lond.: Pitman, 1990.
485. *Lomas J.* Retailing research: increasing the role of evidence in clinical services for childbirth // *Milbank Q.* — 1993. — Vol. 71, No. 3. — P. 439–475.
486. *Friend J., Hickling A.* Planning Underpressure. — Oxford: Pergamon Press, 1993.
487. *Saltman R.B.* A conceptual overview of recent health care reforms // *Eur. J. Public Health.* — 1994. — Vol. 4, No. 2. — P. 287–293.

ПРИЛОЖЕНИЕ — АВТОРЫ, НАЗВАНИЯ МОНОГРАФИЙ И СТАТЕЙ

ANELL, ANDERS; BARNUM, HOWARD
The allocation of capital and health sector reform.

BANTA, DAVID; GULASCI, LASZLO
Outcomes of health care in Europe.

BOBADILLA, JOSÉ LUIS
Setting health priorities in the newly independent states.

BURY, JACQUES
Contribution from training and research in public health.

CALNAN, MICHAEL; HALIK, JANOZ; SABBAT, JOLANTA
Citizen participation and patient choice in reformed health systems.

CAMPBELL, SALLY
The role of nursing in primary health care.

CHINITZ, DAVID; PREKER, ALEXANDER; WASEM, JURGEN
Balancing competition and solidarity in health financing.

CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ-PIERRE; LAURISTAN, MARJU; LEIBOV-
ICH, ELLEN
Values, norms and the reform of health care systems.

DOYLE, NICK; LETHBRIDGE, JANE
Public health, health promotion and intersectoral action.

EDWARDS, NIGEL; HENSHER, MARTIN; WERNEKE, URSULA
Changing hospitals in Europe.

FAWCETT-HENESY, AINNA
*Changing the boundaries of care: substitution of health services across the acute primary
care interface. Primary health care nursing in Europe: facing the changes.*

FUENZALIDA-PUELMA, HERNAN
Regulation of health insurance.

GARCIA-BARBERO, MILAGROS
An education and training strategy for HFA.

GERVAS, JUAN
Cross-national analysis of «WHO country profiles» on general practice in Europe.

GUDEX, CLAIRE; SØRENSEN, JAN
Evaluating the impact of health care reforms on health and clinical outcome.

GÜNTERT, BERNHARD

Strengthening decentralised provider management.

HAM, CHRIS; HONIGSBAUM, FRANK

Priority setting and rationing health services.

HUNTER, DAVID; VIENONEN, MIKKO; WLODARCZYK, CEZARY

Optimal balance of centralized and decentralized management responsibilities.

JOLLY, DOMINIQUE

Evolution of hospitals in Europe: past, present and future.

KANAVOS, PANOS

Health expenditures in CEE: friend or foe?

KOKKO, SIMO; HAVA, PETR; ORTUN, VICENTE; LEPPÖ, KIMMO

The role of the state and health care reforms.

KUTZIN, JOSEPH; KINCSES, GYULA

What is the appropriate role for patient cost sharing in European health care systems?

LOVELACE, CHRISTOPHER; SEDGWICK, JOAN

Policy strategies and reform trends in Canada and New Zealand.

McKEE, MARTIN

Health challenges and their implications for health services. Improving quality of care.

McKEE, MARTIN; BOJAN, FERENC

Reforming public health services.

MOSSIALOS, ELIAS

The usual suspect and the failure of cost containment: a study of regulating expenditure on medicines in selected European countries.

PHILALITHIS, ANASTAS

Primary health care: policy and development.

PREKER, ALEXANDER; GOLDSTEIN, ELLEN;

CHELLARAJ, GNANARAJ; ADEYI, OLUSOJI

Central and eastern Europe: trends in health status, health services and health finance during the transition.

RATHWELL, THOMAS

Review of implementation of health care reforms in the European Region.

RATHWELL, THOMAS; WALT, GILL

An action plan for implementing health system reform.

ROCHAIX, LISE; MAREK, MICHAEL

Performance-tied payment systems for physicians: evidence from selected countries.

SAVAS, SERDAR; SHEIMAN, IGOR; MAARSE, HANS;

TRAGAKES, ELLIE

Contracting models and provider competition in Europe.

STAEHR JOHANSEN, KIRSTEN; ANDERSEN, JØRGEN STEEN; ROGER FRANCE, FRANCIS; BABIC, DRAZEN

Fostering quality of care development.

STOBBELAAR, FRANS

Ensuring value for money from pharmaceuticals in CEE and NIS countries.

TRAGAKES, ELLIE

Comparative review of health care financing systems in the European Region.

TRAGAKES, ELLIE; VIENONEN, MIKKO

Health care reforms in the European scene.

TSOUROS, AGIS; LIPP, ALISTAIR

«Leadership for health»: reforming public health services.

VAN DER VELDEN, KOOS

The contribution of general practice to health: can GPs move from primary care to primary health care.

WALT, GILL

Implementing health care reforms: a framework for discussion.

WARNER, MORTON

Implementing health care reforms through substitution. Implications for the primary health care sector.

WILEY, MIRIAM

Financing operating costs for acute hospital inpatient services in selected countries in the European Region.

Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас
РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕ.
АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ СТРАТЕГИЙ

Перевод с английского

Зав. редакцией

В.М. Дорончук

Зам. зав. редакцией

О.В. Кириллова

Корректор

Г.А. Мещерякова

Менеджер проекта

О.Н. Брагина

Подготовка оригинал-макета

С.И. Евдокимов, Г.Е. Рахматулина, О.А. Пелипенко,

С.В. Слинко, Е.А. Арутюнов

Техническая группа

З.С. Люманова, Е.М. Немирова

Издательство ГЭОТАР МЕДИЦИНА
119828, Москва, ул. Малая Пироговская, 1а
ЛР № 064871 от 15.12.96.

Отпечатано с готового оригинал-макета в ОАО «Типография “Новости”».

Подписано в печать 06.03.2000.

Гарнитура Таймс. Бумага офсетная. Формат 70×100 1/16. Объем 27 п.л.

Тираж 3000 экз. Заказ №

107005, Москва, ул. Ф. Энгельса, 46