



ЕВРОПА

**Европейский региональный комитет
Пятьдесят вторая сессия**

Копенгаген, 16–19 сентября 2002 г.

Пункт 7(е) предварительной повестки дня

EUR/RC52/10

8 июля 2002 г.

22526

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**РОЛЬ ЧАСТНОГО СЕКТОРА И ПРИВАТИЗАЦИИ
В ЕВРОПЕЙСКИХ СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Многие государства - члены Региона изучают роль частного сектора и приватизации в контексте реформ их систем здравоохранения. В настоящем документе изучаются нынешние явления в этой области, рассматриваются два элемента, занимающие центральное место в обсуждениях (определения терминов и роль ценностей и идеологии), кратко описываются имеющиеся фактические данные и подчеркивается значение руководства со стороны правительства. Его главная цель состоит в определении того, как ВОЗ может оказать помощь государствам-членам посредством предоставления фактических данных и оказания прямой поддержки странам.

Содержание

	<i>Стр.</i>
История вопроса	1
Что определяет понятие “частный” и что не определяет	2
Ценности и идеология.....	3
Опыт и фактические данные	4
Частное финансирование.....	4
Частное страхование здоровья	5
Выплаты “из кармана”	6
Частное обеспечение	7
Больницы	8
Первичная помощь	9
Социальная помощь и помощь на дому	9
Смешанные модели	10
Осуществление государственного управления	10
Путь вперед.....	11
Ссылки.....	12

История вопроса

1. Многие страны Европейского региона ВОЗ изучают роль частного сектора и приватизации в контексте реформ их систем здравоохранения. Развитие технологии, старение населения и увеличивающиеся ожидания населения – все это требует увеличения расходов на здравоохранение, тогда как макроэкономический контекст оказывает давление к сокращению дефицита государственного сектора. В ответ на это государства-члены разработали стратегии реформ, которые направлены на увеличение экономически эффективного выделения ресурсов и содействие эффективности при одновременном сохранении солидарности в службах финансирования (1, 2). Растущий интерес к роли частного сектора следует понимать как в этом более широком контексте реформ, так и как часть дискуссий по поводу того, как сдержать расходы и повысить эффективность, не нанося ущерба стандартам, с тем чтобы достичь финансовой стабильности высококачественной системы здравоохранения.
2. Приватизация финансирования здравоохранения и социальной помощи считается средством уменьшения государственных расходов посредством перемещения расходов из государственного “кошелька” к индивидуальному потребителю. Такие меры, как внедрение или расширение частного (добровольного) страхования, выплаты “из кармана” и доленое участие в расходах, а также сокращение пакета услуг, оплачиваемых из государственного бюджета, предназначены для уменьшения спроса и предоставления ресурсов на медико-санитарную помощь, которые правительства не могут получить с помощью налогообложения или страхования. Приватизация оказания услуг частично связана с более широким убеждением в том, что бюрократические структуры государственного сектора являются неэффективными и негибкими и что их задачи подвержены влиянию тех, кто в них работает. Поэтому ожидается, что рыночные механизмы будут обеспечивать эффективность затрат, хорошее качество и гибкость оказания услуг.
3. Политики сталкиваются с целым рядом трудностей при принятии решений о надлежащей роли государственного и частного секторов в здравоохранении. Имеется совершенно реальная путаница в отношении концепций и отсутствуют четкие определения того, что подразумевается под “приватизацией”, “частным сектором” или даже “государственным сектором”. Например, приватизация часто используется, когда более целесообразной могла бы быть дискуссия о предпринимательской деятельности или применении рыночных механизмов в государственном секторе. Кроме того, часто нечетким бывает различие между частной коммерческой деятельностью с целью извлечения прибыли, частной некоммерческой деятельностью, не имеющей целью извлечение прибыли, и работой не по найму. Самые разнообразные механизмы включаются в понятие частного сектора, даже несмотря на то, что они имеют самые различные значения и смысл.
4. Кроме того, имеется слишком мало данных о фактическом воздействии этих механизмов на общественные цели. В частности, нам известно относительно мало о том, как функционируют новые модели сочетания государственного и частного обеспечения услуг. Возможно, в результате такого отсутствия данных обсуждение роли государственного и частного секторов в здравоохранении проводится, главным образом, на идеологической основе, так что слово “приватизация” становится одним из наиболее противоречивых и перегруженных смыслом терминов в лексике реформы европейского здравоохранения. Яркие сторонники, громко кричащие о преимуществах приватизации, считают ее “магическим средством”, которое излечит все “болезни” системы здравоохранения. Противники же поливают грязью приватизацию и связывают ее с алчностью и концом социальной солидарности. Дебаты часто являются жаркими, однако имеется на удивление мало ясности, а фактическая информация о последствиях участия частного сектора в здравоохранении в лучшем случае является противоречивой. Совершенно нелепым является то, что, хотя большинство дискуссий относительно превосходства в основном государственной или в основном частной моделей имеют высокую идеологическую нагрузку, этот факт мало признается, так же как и ценности, которые лежат в основе деятельности служб здравоохранения.

5. Ситуация еще более усложняется разнообразием мнений различных стран во всем Европейском регионе в отношении частного участия в здравоохранении. В западноевропейских странах с системами социального страхования здоровья частный сектор традиционно играет главную роль в оказании медико-санитарных услуг, что, как правило, не подвергается сомнению. В странах Северной и Южной Европы с национальными службами здравоохранения реформы были стимулированы неудачей командного и контролирующего подхода, которым традиционно характеризовалось правительственное руководство принадлежащими государству и управляемыми государством учреждениями. Таким образом, в этих странах реформы направлены на увеличение предпринимательства в государственном секторе. Они дают возможность покупать услуги у частного сектора с помощью государственных денег и, как правило, придают более важную роль частному сектору (как некоммерческому, так и коммерческому) в оказании услуг.

6. В странах Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) и новых независимых государствах (ННГ) крах бывших коммунистических систем и общественное разочарование по поводу исключительно централизованных, низкокачественных и негибких официальных бюрократических структур в сочетании с трудностями в некоторых случаях в сборе налогов привело к началу широкомасштабных программ приватизации во всех экономических системах этих стран. В области здравоохранения наблюдается заметная тенденция к системам социального страхования здоровья при увеличении роли частных провайдеров услуг, особенно в областях фармацевтических препаратов и первичной помощи. Кроме того, в некоторых странах происходит неясная приватизация финансирования, вызванная отсутствием государственного финансирования и широко распространенной практикой выплат “из кармана” (неофициально).

7. Эти концептуальные неопределенности, перегруженные идеологическими соображениями, отсутствие фактических данных о воздействии и существенные региональные различия ставят серьезную задачу перед лицами, принимающими решения.

8. Настоящий документ направлен на то, чтобы обеспечить некоторую концептуальную точность и упорядочить фактическую базу данных посредством краткого изучения нынешних изменений роли государственного и частного секторов в европейских системах здравоохранения. Его главная цель заключается в том, чтобы определить ключевые проблемы и то, как ВОЗ может оказать помощь государствам-членам путем предоставления фактических данных и оказания прямой поддержки странам. В первых двух разделах рассматриваются два главных элемента этих дискуссий – определения и роль ценностей. Далее в нем излагаются фактические данные о тенденциях и воздействии, затем подчеркивается значение управления со стороны правительств. И наконец, в нем изучается роль ВОЗ в поддержке государств-членов.

9. Документ основан на имеющихся фактических данных, полученных из Европейской обсерватории по системам здравоохранения, включая профили стран “Системы здравоохранения в переходный период” (Hit) и соответствующие исследования Обсерватории в ключевых областях, таких, как финансирование, закупки или регулирование, а также фактические данные, полученные из других программ ВОЗ, в результате деятельности в странах и из внешних источников.

Что определяет понятие “частный” и что не определяет

10. Слово “частный” в том виде, в каком оно используется в области здравоохранения, трудно определить, и частные элементы принимают разнообразные и сложные формы. Во все большей степени новые инициативы создают сложные трансграничные механизмы, которые невозможно легко классифицировать как государственные или частные. Поэтому для всех тех, кто активно участвует в социальной деятельности, необходимо иметь общее понимание того, что подразумевается под государственным и частным секторами, и установить рамки дефиниций, которые будут служить компасом в концептуальных джунглях приватизации.

11. Центральное понятие, лежащее в основе концепции частного сектора в здравоохранении, является обманчиво простым: оно означает *частное владение имуществом здравоохранения*. В таком случае приватизация является *передачей государственного имущества в частное владение*, где имуществом является инфраструктура системы здравоохранения, ее здания, оборудование и контроль над ее ресурсами и функциями. Это определение, или скорее его простота, могут помочь уточнить терминологическую путаницу, свойственную обсуждениям национальной политики здравоохранения, так как оно позволяет политикам отделить частное владение от организационных и управленческих характеристик, которые часто с ним ассоциируются, но не являются его неотъемлемой частью.

12. Сосредоточение на владении дает возможность отделить роль частного сектора и схем приватизации от более широких вопросов предпринимательской деятельности в секторе здравоохранения. Приватизация, безусловно, будет стратегией поощрения “предпринимательства”, но их не следует путать. Предпринимательство охватывает широкий диапазон стимулируемых рынком усилий по внедрению новшеств в обслуживание, повышению качества и эффективности, будь то в государственном или частном секторах здравоохранения. Оно включает внедрение таких стратегий, как системы выплат, связанные с результатами, внутренние рынки и корпоративное объединение государственных провайдеров, выбор провайдера и заключение контрактов на передачу услуг и функций частному сектору (3). Приватизация же является лишь одним из многих подходов к предпринимательству.

13. Таким образом, если считать приватизацию стратегией внедрения рыночной конкуренции, то она не обязательно достигнет этой цели. Частное владение само по себе не предполагает наличия конкурирующих сил, и поэтому приватизация не является автоматическим шагом к получению преимуществ от конкуренции. Имеются многочисленные примеры крупных частных корпораций, которые являются монополистическими и не участвуют в конкуренции. И напротив, государственные предприятия и учреждения могут конкурировать между собой или на открытом рынке, как это происходит в отношении больничных контрактов в Финляндии, Швеции и Соединенном Королевстве.

14. Кроме того, частное владение и приватизация структурно отличаются от инициатив, предназначенных для поощрения более независимого руководства больницами и центрами первичной медико-санитарной помощи, а не являются их предшественниками. Такие инициативы развиваются вокруг организационных моделей, таких как “автономизация” или “корпоратизация”, и включают изменение роли правительства от командной и контролирующей к руководящей и направляющей. Они часто принимают форму самоуправляемых больниц с имуществом, находящимся в доверительной собственности, или государственных фирм. Важно подчеркнуть, что эти модели относятся только к управленческому статусу. Соответствующие провайдеры услуг по-прежнему принадлежат государству, и не происходит никакой передачи имущества, следовательно, никакой приватизации. Это, разумеется, не решает проблем руководства, эффективности и гибкости, которые необходимо рассмотреть.

Ценности и идеология

15. В значительной мере напряженность в дискуссиях относительно ролей государственного и частного секторов уходит корнями в политические ценности и идеологию протагонистов. Четкость в отношении терминологии и в отношении того, что является или не является частным, может помочь политикам сосредоточиться на этих вопросах. Имеющиеся фактические данные могут проиллюстрировать последствия какой-либо конкретной модели. Тем не менее, нет одного “научного” и “рационального” решения для большинства политических дилемм. Вопрос возникает тогда, когда страны просто выбирают метод приватизации, который они предпочитают.

16. Неизбежно, что этот выбор будет политическим и что некоторые группы будут стремиться к приватизации только из идеологических соображений. Однако приватизация в области

здравоохранения не должна быть самоцелью, но должна обсуждаться как средство достижения желаемой цели, соответствующей целям каждого общества. Это требует, чтобы цели каждого общества были четко определены, а роли идеологии, культуры и ценностей были ясными и понятными.

17. Страны имеют различные группы целей в области здравоохранения и устанавливают различные приоритеты для этих целей. Им необходимо, чтобы стратегии систем здравоохранения были приспособлены к их собственному культурному и историческому контексту и были предназначены для достижения их конкретных общественных целей. Поэтому вид и охват частной медико-санитарной помощи в стране должен оцениваться с точки зрения целей страны и ее стратегии во всем секторе здравоохранения. Целесообразность частного сектора затем можно проверить путем сравнения со степенью, в которой он может эффективно содействовать достижению согласованной цели (4).

18. Политикам неизбежно придется предпринимать постоянные попытки для уравнивания конкурирующих требований. Им необходимо будет устанавливать компромиссы между различными общественными целями, такими, как свободный выбор провайдера услуг или справедливость доступа и сдерживание расходов. Это нелегкое дело. Нам следует признать, что политикам очень трудно делать такой четкий выбор. Тем не менее, обсуждение роли частного сектора и приватизации, а также ее уравнивание с ролью государственного сектора продвинется вперед только в том случае, если можно будет сориентировать идеологию и ценности на приоритеты и компромиссы между целями, а не на инструменты их достижения.

19. Для принятия решений необходимы рамки, в которых определение общественных целей с самого начала будет более четким. Только тогда можно будет оценить эффективность частного сектора и стратегий приватизации (по сравнению с другими возможными вариантами) при достижении этих целей. Для определения эффективности эта оценка должна включать такие параметры, как воздействие на преимущества для здоровья, справедливость, сдерживание расходов, техническая и распределительная эффективность и ответная реакция потребителей. Такие рамки должны помочь государствам-членам оценить фактические данные без исключения роли идеологии и политического суждения и позволить им принять решения, которые учитывают ценности их обществ.

20. Несмотря на то, что политики в государствах-членах будут принимать решения в соответствии со своими индивидуальными общественными ценностями, ценности и принципы, выдвинутые ВОЗ, являются четкими. ВОЗ отстаивает ряд основных принципов, которые включают солидарность, достижение здоровья, справедливость и гибкое реагирование на потребности потребителей (5, 6).

Опыт и фактические данные

21. В кратком документе невозможно сделать полный обзор существующей фактической информации в этой области и, разумеется, сама эта информация является в некотором роде неоднородной. В данном разделе скорее будет дан обзор всего диапазона опыта, существующего в Европейском регионе, и подчеркнуты основные уроки, которые можно извлечь из фактической информации о тенденциях в частном секторе и влиянии частного сектора в европейских системах здравоохранения. Этот раздел следует широко применять к разграничению между ролью частного сектора в финансировании и в оказании услуг в области здравоохранения.

Частное финансирование

22. Большинство систем здравоохранения в Европе используют сочетание государственного и частного финансирования, но, несмотря на недавнее увеличение доли частных источников, большинство средств продолжают поступать от налогообложения и социального страхования

здоровья, за исключением некоторых ННГ. Главными источниками частного финансирования являются частные (или добровольные) системы страхования здоровья и оплата услуг “из кармана”, включая прямую оплату, официальное участие в расходах и неофициальную оплату услуг. В тех ННГ, которые в значительной степени полагаются на частное финансирование, нехватка предварительно оплаченных источников поступлений покрывается за счет оплаты услуг “из кармана” (главным образом, неофициально). В Западной Европе только Греция, Италия, Португалия и Швейцария получают 30% или более всех расходов на здравоохранение из частных источников (главным образом в виде выплат “из кармана”). Во всех европейских странах, за исключением Франции и Нидерландов, выплаты “из кармана” составляют большую долю частных расходов на здравоохранение, чем частное (или добровольное) страхование здоровья (7).

Частное страхование здоровья

23. Как было отмечено выше, частное страхование не играет преобладающей роли в качестве главного источника финансирования здравоохранения в Европейском регионе. Европейские государства-члены традиционно пытаются защитить принцип здравоохранения, финансируемого государственным или социальным (обязательным) страхованием здоровья, для каждого гражданина, независимо от платежеспособности. Фактическая информация из стран за пределами Региона, таких как Соединенные Штаты Америки, является недвусмысленной. В тех случаях, когда частное страхование здоровья является добровольным, в условиях отсутствия адекватного регулирования оно не достигает общественных целей не только с точки зрения таких ценностей, как справедливость и доступ к помощи, но и в отношении сдерживания расходов и эффективности. Имеются убедительные факты, свидетельствующие о том, что даже в условиях регулирования это не является эффективным или справедливым способом финансирования медико-санитарной помощи (8).

24. Однако частное страхование здоровья может играть определенную роль в таких странах, как Швейцария, где страхование является обязательным и обеспечивается государственными и частными страховыми компаниями. С 1996 г. все постоянные жители Швейцарии обязаны по закону приобрести страхование здоровья у ограниченного числа страховых компаний (независимо от того, являются ли они государственными или частными). Страховые компании должны зарегистрироваться в Федеральном бюро социального страхования, которое контролирует их деятельность и внимательно изучает их счета. Страховые компании не могут извлекать прибыли из своей деятельности по обязательному страхованию, и взносы устанавливаются отдельно для каждой общины.

25. Частное страхование здоровья может быть замещающим, дополнительным или добавочным. *Замещающее страхование* является альтернативой установленному законом (или государственному) страхованию и предназначено для групп населения, которые исключены из государственного охвата или которым разрешено отказаться от участия в государственной системе. Оно играет относительно ограниченную роль в Германии и Нидерландах, где отдельные люди с высокими доходами могут покупать услуги замещающего страхования здоровья. Поскольку доход коррелирует с риском плохого состояния здоровья, разделение государственного и частного страхования по линии доходов сконцентрирует людей с высоким риском в государственной системе. Это делает сочетание механизмов финансирования регрессивным.

26. Частное страхование здоровья в Европе принимает, главным образом, форму *дополнительного страхования* и охватывает услуги, которые исключены (или не полностью покрыты) установленным законом сектором, или форму *добавочного страхования* для обеспечения более быстрого доступа и большего выбора для потребителей. Несмотря на наличие во всем Регионе важных различий, нет четкого свидетельства того, что государства-члены предпочитают расширять добровольное страхование здоровья. Охват остается низким во многих странах, даже если люди в значительной степени оплачивают “из кармана” провайдеров медико-санитарных услуг. Имеются некоторые исключения, такие, как Франция, где добавочное страхование здоровья поддерживается правительством и охват является очень высоким. Фактическая информация, имеющаяся в СЦВЕ и ННГ, является ограниченной, но роль

добровольного страхования в этих странах еще меньше, чем в Западной Европе. В целом, в тех случаях, когда границы между государственной и частной медико-санитарной помощью четко не определены, частное (дополнительное или добавочное) страхование здоровья может оказывать негативное влияние на более широкую систему медико-санитарной помощи. Оно может противоречить социальным задачам, увеличивая неравенство с точки зрения доступа и даже подрывая усилия по повышению эффективности (9).

Выплаты “из кармана”

27. Выплаты “из кармана” включают все расходы, оплаченные потребителем, включая прямую оплату, официальное доленое участие в расходах и неофициальные выплаты.

28. *Прямая оплата* производится за услуги, не охваченные государственной системой, или услуги, доступ к которым является ограниченным. Оно обычно производится в частном секторе и часто стоматологам, фармацевтам (за лекарственные средства, продаваемые без рецепта или исключенные из списка), лабораториям или врачам и больницам за частное лечение. В некоторых странах Региона расходы на частные медико-санитарные услуги вычитаются из налогов, что обеспечивает стимулы для людей обращаться к частной помощи и в действительности предоставляет довольно значительные субсидии частному сектору.

29. Сторонники долевого участия в расходах или оплаты услуг пользователями утверждают, что взимание платы с пациентов сокращает излишний спрос на услуги в целом и увеличивает доходы для расширения оказания услуг. Имеются значительные различия между странами, но в Регионе в целом официальная оплата услуг пользователями составляет относительно небольшую (но увеличивающуюся) долю общих расходов. В Западной Европе приблизительно половина стран используют ту или иную форму долевого участия для помощи в местах первого контакта и приблизительно половина применяют доленое участие для амбулаторной помощи. Однако размеры оплаты являются скорее номинальными и часто сопровождаются освобождением от оплаты для уязвимых групп населения. Только несколько стран полагаются на доленое участие в качестве значительного источника доходов сектора здравоохранения, и в большинстве этих стран (например, во Франции и Словении) пациенты покупают услуги добавочного страхования, чтобы покрыть расходы “из кармана”. Единственным исключением из этой общей картины является широко распространенное использование долевого участия для фармацевтических препаратов, хотя здесь также уязвимые группы населения обычно защищены от излишних расходов. Ряд СЦВЕ и ННГ в 1990-е годы внедрили официальные меры долевого участия в рамках своих новых систем социального страхования здоровья. Как и в Западной Европе, плата является относительно низкой за амбулаторную помощь, помощь специалистов и больничную помощь, и имеются освобождения от уплаты для уязвимых групп. Оплата услуг пользователями широко распространена в отношении фармацевтических препаратов и представляет собой ощутимую долю расходов на них.

30. Фактические данные свидетельствуют о том, что доленое участие является слабым инструментом повышения эффективности и сдерживания расходов медико-санитарной помощи. Провайдеры услуг в значительной степени определяют спрос на медицинские услуги, и интенсивность оказания услуг (которая также определяется провайдерами) оказывает основное влияние на расходы здравоохранения. Следовательно, доленое участие, которое может лишь уменьшить использование услуг потребителями, не является наиболее эффективным средством сдерживания расходов. Без компенсирующих административных процедур и освобождений от уплаты доленое участие также наносит ущерб справедливости и финансированию услуг в области здравоохранения. Несмотря на эти возражения, политики продолжают широко использовать доленое участие, в значительной мере по политическим и идеологическим соображениям. Трудности увеличения и/или сбора налогов и выплат по социальному страхованию содействуют использованию долевого участия в качестве средства увеличения столь необходимых доходов для сектора здравоохранения. Резюмируя сказанное, можно отметить, что доленое участие, вероятно, будет использоваться для получения дополнительных доходов или для стимулирования отказа от

использования услуг в крайних случаях, но вряд ли само по себе станет важным политическим инструментом (10, 11).

31. *Неофициальные выплаты* принимают разнообразные формы и могут существовать по разнообразным причинам. Эти выплаты или подарки могут отражать особенности национальной культуры, производиться из-за отсутствия финансовых средств для оплаты работников медико-санитарной помощи или для предоставления лекарственных средств и базисного оборудования для лечения пациентов, или же они могут быть результатом отсутствия официального частного сектора. Они могут быть вызваны слабостью руководства и в своем наихудшем виде представляют собой форму коррупции, которая подрывает официальные системы оплаты и уменьшает доступ к услугам здравоохранения (12). Данные о степени неофициальных выплат в отдельных восточноевропейских странах свидетельствуют о том, что они широко распространены как в амбулаторной, так и в больничной помощи, и в небольшом числе ННГ они представляют собой крупнейший источник финансирования. Фактические данные свидетельствуют о том, что придание официального статуса оплате и создание систем предварительной оплаты (или страхования) является крайне трудным и требует наличия определенных возможностей у правительства и технических возможностей, а также признания внешних ограничений (13).

32. В целом, фактическая информация показывает, что, если оплата услуг здравоохранения связана с необходимостью и использованием услуг в виде выплат “из кармана”, такая оплата имеет отрицательные последствия для результатов здравоохранения и справедливости, если только она не сопровождается широкими мерами освобождения от уплаты для уязвимых групп населения. В недавнем “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.”, посвященном деятельности систем здравоохранения, в качестве хорошей меры предлагается изменить финансирование здравоохранения и перейти от оплаты “из кармана” к различным видам предварительной оплаты (основанным на налогообложении или страховании), связанным скорее с доходом, чем с риском для здоровья (4). Частное страхование здоровья также окажет отрицательное воздействие на доступ, если оно будет главным источником покрытия расходов в условиях добровольного страхования здоровья. Однако если страхование является обязательным и хорошо регулируется, оно может играть определенную роль как установленное законом страхование, а также как замещающее, дополнительное или добавочное страхование.

Частное обеспечение

33. Частное обеспечение включает ряд понятий: частное владение учреждениями, в которых оказываются услуги; частное оказание услуг; приватизация кадровых функций, при которой контракты на работу перемещаются в частный сектор; и заключение контрактов на гостиничные и другие услуги. И в данном случае многие понятия являются плохо определенными и дублирующими. Имеется также идеологический аспект в отношении того, следует ли рассматривать практикующего семейного врача, работающего не по найму, а по контракту и оплачиваемого из государственных средств, как частного предпринимателя или как государственного служащего. Факты свидетельствуют о том, что эти различия могут несколько усложнить, но не запутать полностью фундаментальные дискуссии относительно владения и приватизации в качестве средства достижения эффективности и компромисса между различными общественными целями.

34. При рассмотрении роли частного сектора в обеспечении нам необходимо провести различие между частным некоммерческим сектором, который включает неправительственные организации, а также учреждения в общине, религиозные и благотворительные учреждения, определяемые их миссией, и частным коммерческим сектором, который включает небольшие предприятия, например, аптеки или стоматологическую практику, а также крупные принадлежащие акционерам корпорации.

35. Безусловно, наиболее высокие уровни частного обеспечения во всем Регионе наблюдаются в областях стоматологической помощи и фармацевтических препаратов. Преимущества частного

сектора по сравнению с государственным, особенно в области фармацевтических препаратов, являются относительно бесспорными и признаются многими государствами-членами. В 1990-е годы частный сектор усилил свою роль также во многих наиболее важных и дорогостоящих областях больничных услуг, первичной помощи, социальной помощи и помощи на дому.

Больницы

36. В системах Северной Европы (т.е. Скандинавских стран и Соединенного Королевства), основанных на национальной службе здравоохранения (НСЗ), больницы почти полностью являются государственными с менее чем 10% частных коек. Доля частных больничных коек выше в странах Южной Европы с системами НСЗ, и в Италии, Португалии и Испании доля частных коек составляет от 20% до 30%, причем половина из них являются частными и коммерческими (для целей извлечения прибыли). В СЦВЕ и ННГ большинство больниц являются государственными и обычно принадлежат местным органам власти или, реже, национальному правительству.

37. В больничной организации произошел ряд изменений, осуществленных в ответ на внедрение разделения на покупателя–провайдера услуг (14) как в ряде НСЗ, так и в тех СЦВЕ и ННГ, которые недавно приняли модели социального страхования здоровья. Большинство изменений сосредоточены на усилении руководства и автономии и направлены на переход от командной и контролирующей формы (или формы бюджетных статей) к более независимым формам организации. Имеется ряд моделей, которые включают автономные, корпоративные и приватизированные учреждения. Цель, лежащая в основе этих изменений, состоит в обеспечении условий, в которых эти различные формы самоуправляющихся больниц могут конкурировать друг с другом и с частным сектором за получение контрактов от покупателей, например, страховых фирм или органов здравоохранения. Следует отметить, что не так часто эти организационные изменения ведут к изменению владения и к приватизации.

38. Имеются некоторые свидетельства того, что такие более независимые формы организации больниц (в виде автономных или корпоративных учреждений) являются более эффективными с точки зрения затрат, чем традиционные командные и контролирующие формы организации. Однако имеется мало фактических данных относительно дополнительных преимуществ или недостатков перехода к частному владению в организации работы больниц.

39. Другой формой участия частного сектора, которая играет особенно важную роль в секторе больниц, является заключение контрактов на вспомогательные услуги, такие как гостиничные и диагностические услуги. Во многих случаях оказалось, что эти услуги имеют меньшие прямые расходы, чем если бы они оказывались государственным сектором, хотя последствия для рабочей силы сектора здравоохранения также следует учитывать при рассмотрении всех аспектов этого уравнения.

40. В западноевропейских странах с системами социального страхования здоровья больницы также являются, главным образом, государственными, но доля частных коек (в основном некоммерческих) является большей, чем в странах с системами НСЗ, и составляет приблизительно одну треть общего числа коек. Эта цифра дает общее представление о доле коек, но между странами наблюдаются широкие различия: во Франции, например, доля частных коммерческих коек составляет приблизительно 20%, и она занимает второе место по числу государственных коек (65%). Только в Нидерландах большинство больниц по закону являются частными некоммерческими учреждениями. В связи с естественным разделением на покупателей–провайдеров в этих странах все государственные больницы имеют определенную степень управленческой независимости и принимают автономные и часто корпоративные учрежденческие формы (15–17).

41. Роль частного сектора в оказании больничных услуг является признанной и часто едва отличимой от исключительно децентрализованных форм больниц государственного сектора. Вместе с тем, происходят от определенные дебаты относительно того, являются ли частные коммерческие учреждения более или менее эффективными с точки зрения затрат, чем

некоммерческие. Акционеры ожидают получить прибыль со своих инвестиций в коммерческие учреждения, и это может компенсировать преимущества в эффективности. Кроме того, это может также оказать отрицательное воздействие на качество, например, заставляя больницы экономить на квалификациях.

Первичная помощь

42. Амбулаторная/первичная помощь часто является многогранной и осуществляется врачами, работающими самостоятельно или в партнерстве с другими врачами и/или другими специалистами здравоохранения в принадлежащих им помещениях или в помещениях и поликлиниках, принадлежащих государству. Таким образом, в первичной помощи дифференциация между государственным и частным является менее четкой, и мы проводим различия между государственными служащими, самостоятельными служащими, работающими по контракту в государственном секторе, и частными предпринимателями, работающими независимо от государственного сектора.

43. В целом, в странах с социальными системами страхования врачи общей практики (ВОП) работают самостоятельно по контракту и получают гонорар за свои услуги, тогда как в национальных системах здравоохранения они могут быть либо самостоятельными (Соединенное Королевство), либо получающими заработную плату государственными служащими (Финляндия и Португалия). В последнее десятилетие наблюдается расширение предпринимательства в государственной первичной медико-санитарной помощи. Во многих странах ВОП получают все большую автономию, оставаясь в пределах государственной системы. В частной первичной медико-санитарной помощи также происходит ряд нововведений, которые во все большей степени используют различные модели, включая индивидуальных специалистов, партнерство, кооперативы, сети, добровольные организации, группы самопомощи и коммерческие фирмы. Объединение всех их одним словом “частные” скрывает важные различия. Эти различные участники преследуют различные цели и реагируют на различные стимулы. И в данном случае опыт в отношении воздействия этих моделей варьируется, и невозможно поставить один диагноз в отношении превосходства одной модели по сравнению с другой. Для дальнейшего исследования и оценки необходима повторная концептуализация, заменяющая идею недифференцированных провайдеров более четко определенными категориями (18).

44. В СЦВЕ и ННГ ВОП обычно являются государственными служащими, но во все большей степени становятся самостоятельными, работающими по контракту с новыми фондами по болезням и нанимающими на работу своих медицинских сестер. Количество тех, кто фактически перешел от государственной занятости к независимой практике, значительно отличается между странами, и имеются только предварительные данные о воздействии этих изменений. В ряде случаев предварительный анализ показывает повышение эффективности, качества или отзывчивости. Тем не менее, опыт демонстрирует, что приватизация имеет серьезные последствия, которые следует заранее учитывать. Например, можно показать, что слишком быстрая приватизация первичной помощи внедряет конкуренцию между общими практиками до развития профессиональных ценностей, которые будут противовесом личным интересам (19). Поэтому поэтапные подходы к переходу могут быть предпочтительными по сравнению с быстрыми широкомасштабными изменениями.

Социальная помощь и помощь на дому

45. В области социальной помощи и помощи на дому имеется ряд предпринимательских экспериментов, в соответствии с которыми государство или страхователь делает выплаты отдельным людям, которые затем расходуют средства на различные государственные или частные коммерческие или некоммерческие услуги (Дания, Германия или Нидерланды). В результате этого роль услуг частного сектора значительно увеличивается в этом секторе. Имеющийся до настоящего времени опыт показывает как положительные, так и отрицательные результаты, и имеет явные значительные последствия для структуры и регулирования социальных служб.

Смешанные модели

46. Предварительное рассмотрение частного обеспечения показывает увеличение того, что можно характеризовать как “размывание границ между государственным и частным” (20) с целым рядом новых схем, которые сочетают государственные и частные элементы и в которых границы между государственными и частными предприятиями тесно переплетены. Например, одной из моделей, которая вызвала определенные ожидания, является передача государственных больниц в частное управление. Другим примером является заем средств больницами государственного сектора у частного сектора для развития инфраструктуры в рамках Инициативы частного финансирования в Соединенном Королевстве.

47. Количество и масштабы экспериментов с участием частного сектора и приватизации являются огромными, однако по-прежнему имеется слишком мало фактической информации о их воздействии на оказание медико-санитарной помощи и еще меньше – о последствиях этих новых форм государственного–частного партнерства. В целом, большую эффективность частных провайдеров по сравнению с провайдерами государственного сектора, особенно если имеются равные условия для обоих секторов, еще предстоит доказать. Тем не менее, во многих случаях считается, что частное владение повышает эффективность. Кроме того, имеется информация о проблемах, которые возникают, если частные провайдеры плохо регулируются.

Осуществление государственного управления

48. Ответы политиков на отдельные элементы частного финансирования и частного обеспечения будут смягчены идеологией и ценностями, но должны также отражать имеющуюся фактическую информацию. Эксперименты с частным участием в здравоохранении уже проводятся, и ВОЗ, следовательно, должна помочь правительствам отдельных стран, чтобы дать им средства для реагирования. Концепция управления, как она определена в “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.” (5), непосредственно связана с обязанностью государств-членов контролировать свои системы здравоохранения. Она имеет три основных компонента: (i) формулирование политики здравоохранения – определение общей концепции и направления для системы здравоохранения; (ii) регулирование – установление честных правил игры с равными условиями; и (iii) информация – оценка деятельности и обмен информацией. Управление должно также быть исключительно этическим в отношении ценностей, к которым оно стремится, и исключительно эффективным в отношении использования ресурсов.

49. Недавний опыт приватизации и изученная информация четко показывают, что для успеха моделей частного сектора необходимо строгое регулирование, управленческий и информационный потенциал, которые в настоящее время отсутствуют во многих государствах-членах. Если управляющая роль правительства является слабой, то, независимо от достоинств или иных преимуществ конкретных моделей, приватизация неизбежно создаст новые серьезные проблемы для общества.

50. Хорошее управление требует создания прочных регулирующих рамок. Для обеспечения такого положения, при котором как этические, так и связанные с эффективностью требования в отношении управления будут удовлетворены, необходимо, чтобы эти регулирующие рамки ограничивали деятельность частного рынка, когда такая деятельность связана с риском нанесения ущерба основным целям политики здравоохранения (21). Таким образом, должно существовать регулирование, которое ограничивает индивидуальную предпринимательскую деятельность, с тем чтобы способствовать стабильным рынкам. В Германии, например, возросшая конкуренция с 1989 г. для лиц, обращающихся за средствами из фондов по болезням, сопровождалась принятием все более строгих механизмов ретроспективной и коллективной корректировки риска для обеспечения такого положения, при котором неправильный выбор не дестабилизировал бы долгосрочную финансовую стабильность фондов с более высокой долей пожилых людей, безработных или хронически больных людей (22).

51. Во-вторых, должно существовать регулирование, которое ограничивает индивидуальную предпринимательскую деятельность, с тем чтобы защитить основные цели общества в таких областях, как общественное здравоохранение и безопасность, доступ, социальные связи и качество помощи. Самые разнообразные регулирующие механизмы в государствах-членах, которые, например, требуют основанных скорее на общине, чем на опыте, оценок страховых компаний, или которые обязывают оказывать надлежащие услуги всем пациентам, или же которые требуют аккредитации больниц и провайдеров, – все это именно такие случаи.

52. Успешное создание и осуществление таких регулирующих рамок требует, чтобы был выполнен ряд организационных предварительных условий. Они включают адекватную информацию о деятельности всех провайдеров медико-санитарной помощи и надлежащий мониторинг деятельности провайдеров. Хорошее управление требует, чтобы приватизированные, а также государственные провайдеры поддерживали одни и те же высокие стандарты деятельности.

Путь вперед

53. Частный сектор приобретает все большее значение в системах здравоохранения многих государств-членов и создает трудноразрешимые политические дилеммы. ВОЗ имеет все возможности, чтобы сосредоточить внимание политиков на ключевых элементах, которые требуют рассмотрения при определении наиболее целесообразного государственно-частного сочетания услуг. Четыре фундаментальные положения, вытекающие из настоящего доклада, кратко излагаются ниже.

54. Во-первых, лицам, принимающим решения, не следует рассматривать роль частного сектора и приватизации изолированно; скорее, им следует изучить наиболее целесообразное сочетание государственного и частного участия в различных секторах системы здравоохранения в контексте их воздействия на общественные цели. Следовательно, этот вопрос является не только вопросом о том, какая часть служб здравоохранения наилучшим образом обслуживается приватизированным владением, но также вопросом о том, в каких случаях частным образом оказываемые услуги должны быть переведены в государственное владение.

55. Во-вторых, политикам необходимо четко понять, что означает частный сектор, т.е. частное владение имуществом здравоохранения, и осознать, что это не обязательно означает присутствие конкуренции и/или предпринимательской деятельности, равно как и увеличение эффективности.

56. В-третьих, прогресс в обсуждении роли частного и государственного секторов произойдет только тогда, когда (необходимые) политические дискуссии вокруг общественных ценностей, идеологии и компромиссов несколько прояснятся и будет предпринята серьезная оценка информации о фактическом воздействии моделей частного сектора на эти общественные ценности. Для рамок принятия решений необходимо, чтобы они допускали оценку информации без исключения ключевой роли идеологии и политического суждения.

57. В-четвертых, несмотря на то, что результаты рассмотрения фактической информации не являются последовательными во всех государствах-членах, – и несмотря на то, что это подчеркивает значение различающихся систем здравоохранения и условий в странах, – такое рассмотрение позволяет выделить главный элемент. Приватизация финансирования посредством внедрения частного добровольного страхования и/или путем увеличения выплат “из кармана”, включая доленое участие или неофициальные выплаты, оказывает отрицательное воздействие на солидарность, уменьшает доступ к помощи недостаточно обслуживаемых групп населения и ухудшает результаты в отношении здоровья. Что касается провайдеров, то можно сказать, что, хотя частный сектор традиционно играет значительную роль в областях фармацевтических препаратов и стоматологической помощи, происходит много нововведений. Это особенно заметно в первичной помощи, социальной помощи и помощи на дому, а также в заключении контрактов на

гостиничные и диагностические услуги с различными результатами. Кроме того, как представляется, границы размываются, и провайдеры помощи включают как государственные, так и частные характеристики. Однако в целом фактические данные о функционировании и воздействии этих моделей являются скудными. Тем не менее, очевидно, что приватизация может добиться успеха в достижении общественных целей только в том случае, если государство играет сильную руководящую роль.

58. Секретариат ВОЗ пытается найти решение в отношении того, как наилучшим образом он может оказать поддержку своим государствам-членам на этой политической арене. Учитывая вышесказанное, Региональному комитету предлагается рассмотреть три области возможных действий.

- Учитывая различные общественные ценности в государствах-членах, ВОЗ следует решительно пропагандировать цели солидарности, справедливости и эффективности в системе здравоохранения. Она должна пропагандировать основанное на фактических данных принятие решений в отношении перемещения услуг между государственным и частным секторами и помогать государствам-членам в обеспечении такого положения, при котором любые изменения подкрепляются надлежащим руководством и управлением.
- ВОЗ следует продолжать укреплять свой потенциал для оценки систем здравоохранения в целом и частного сектора в частности, а также продолжать распространять результаты таким образом, чтобы помочь разработке политики. В этом контексте и с учетом нехватки фактических данных о моделях частного обеспечения услуг предлагается, чтобы ВОЗ провела углубленное исследование в этой области, основанное на как можно более полных фактических данных и с активным привлечением сетей государственных и частных провайдеров, а также экспертов и аналитиков из академических кругов для обеспечения таких фактических данных.
- ВОЗ следует оказывать поддержку государствам-членам в создании потенциала для эффективного и энергичного управления государственным и частным секторами и в создании такого видения, при котором считается, что правительство прежде всего охраняет общественный интерес.

Ссылки

1. *Европейская реформа здравоохранения: анализ нынешних стратегий*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 72).
2. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
3. SALTMAN, R.B. ET AL. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения) (см. также реферат на эту тему).
4. CULYER, A.J. & SALTMAN, R.B. *Assessing privatization for the health sector in Kazakhstan. Health economic modules*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (в печати).
5. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.
6. *Люблянская хартия по реформированию здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г. (документ EUR/ICP/CARE 9401/CN01).
7. MOSSIALOS, E. ET AL., ED. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения) (см. также реферат на эту тему).

8. MAYNARD, A. & DIXON, A. Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience. *In: Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения).
9. MOSSIALOS, E. & THOMPSON, S.M.S. *Voluntary health insurance in the European Union*. [в печати] (см. также реферат на эту тему).
10. ROBINSON, R. User charges for health care. *In: Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения).
11. KUTZIN, J. The appropriate role for cost sharing. *In: Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
12. ENSOR, T. & DURAN, A. Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. *In: Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения).
13. LEWIS, M. Informal health payments in CEE and the FSU: issues, trends and policy implications. *In: Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения).
14. FIGUERAS, J. ET AL. *Purchasing for health gain*. Buckingham, Open University Press (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения) (в печати).
15. MCKEE, M. & HEALY, J., ED. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002. (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения).
16. BUSSE, R. ET AL. Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice. *In: Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения).
17. JAKAB, M. ET AL. Linking organizational structure to the external environment: experiences from hospital reform in transition economies. *In: Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения).
18. GROENEWEGEN, P.P. ET AL. The regulatory environment of general practice: an international perspective. *In: Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения).
19. SALTMAN, R.V. ET AL. *Primary care in the driving seat*. Buckingham, Open University Press [в печати] (серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения).
20. SALTMAN, R.V. Melting public-private boundaries in European health systems. *European journal of public health* [в печати].
21. SALTMAN, R.V. *Regulating the private sector*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems [в печати] (реферат Европейской обсерватории по системам здравоохранения).
22. *Системы здравоохранения в переходный период: Германия*. Копенгаген, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2000 г.