

Европейская министерская конференция  
ВОЗ по системам здравоохранения:  
„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ -  
ЗДОРОВЬЕ - БЛАГОСОСТОЯНИЕ“  
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.

СПРАВОЧНЫЙ ДОКУМЕНТ

Системы  
здравоохранения,  
здоровье  
и благосостояние:  
оценка аргументов  
в пользу инвестирования  
в системы  
здравоохранения

Josep Figueras, Martin McKee,  
Suszy Lessof, Antonio Duran,  
Nata Menabde



ЕВРОПА

# **Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние:**

Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения

## **Авторы и редакторы:**

Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof,  
Antonio Duran, Nata Menabde

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE — organization and administration — standards  
HEALTH ECONOMICS  
HEALTH CARE REFORM  
PROGRAM EVALUATION  
EUROPE

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

---

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

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

---

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

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

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

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

## Содержание

Список участников издания .....	iv
Список аббревиатур .....	vi
Список таблиц, рисунков и вставок .....	vii
Реферат .....	ix
1. Введение .....	1
2. Что такое система здравоохранения? .....	4
3. Концептуальная структура .....	7
4. Переоценка стоимости .....	11
5. Вклад здоровья в благосостояние и социальное благополучие .....	15
5.1. Непосредственный вклад здоровья в социальное благополучие .....	15
5.2. Влияние плохого здоровья на экономическую производительность труда .....	16
5.3. Влияние здоровья на затраты системы здравоохранения .....	17
5.4. Экономические последствия неравенства в отношении здоровья .....	19
6. Оценка влияния систем здравоохранения .....	20
6.1. Характер проблем со здоровьем в Европе .....	20
6.2. Спасает ли медицинское обслуживание жизни? Вклад медицинского обслуживания в общественное здоровье .....	24
6.3. Вклад вмешательств общественного здравоохранения .....	29
6.4. Обеспечение равенства? Влияние систем здравоохранения на неравенство в отношении здоровья .....	35
6.5. Соответствие ожиданиям граждан? Роль медицинского обслуживания в обеспечении соответствия ожиданиям граждан .....	38
6.6. Непосредственный вклад систем здравоохранения в экономику .....	41
7. Улучшение деятельности систем здравоохранения .....	44
7.1. Стратегии реформирования систем здравоохранения .....	44
7.2. Оценка деятельности систем здравоохранения .....	54
8. Инвестирование в системы здравоохранения: заключительные положения .....	60
9. Библиография .....	68

## Список участников издания

### Редакторы

**Josep Figueras**, Director of the European Observatory on Health Systems and Policies, Брюссель.

**Martin McKee**, Head of Research Policy at the European Observatory on Health Systems and Policies and Professor of European Public Health at the London School of Hygiene and Tropical Medicine.

**Suszy Lessof**, Director of Management at the European Observatory on Health Systems and Policies, Брюссель.

**Antonio Duran**, Chief Executive Officer at Tecnicas de Salud, Sevilla and Consultant at the WHO Regional Office for Europe, Копенгаген.

**Nata Menabde**, Deputy Regional Director of the WHO Regional Office for Europe, Копенгаген.

---

### Авторы

**Sara Allin**, Research Officer at the London School of Economics and Political Science Hub of the European Observatory on Health Systems and Policies.

**Reinhard Busse**, Associate Head of Research Policy at the European Observatory on Health Systems and Policies, and Professor and Department Head for Health Care Management at Berlin University of Technology.

**David B Evans**, Director of the Department of Health Systems Financing at the World Health Organization, Женева.

**Anton E Kunst**, Assistant Professor at the Erasmus Medical Centre, Роттердам.

**Joseph Kutzin**, Regional Advisor, Health Systems Financing, and Head of the WHO Office, Барселона.

**Johan P Mackenbach**, Professor of Public Health at the Department of Public Health at Erasmus University Medical Center, Роттердам.

**Claudia Maier**, Research Fellow at the European Observatory on Health Systems and Policies, Брюссель.

**José M Martin-Moreno**, a Professor of Preventive Medicine and Public Health at the Medical School and Hospital Quality Assurance Coordinator at the Clinical Hospital, University of Valencia, Испания.

**David McDaid**, Senior Research Fellow at the London School of Economics and Political Science (LSE) Health and Social Care and European Observatory on Health Systems and Policies.

**Ellen Nolte**, Senior Lecturer at the London School of Hygiene & Tropical Medicine and Honorary Senior Research Fellow at the European Observatory on Health Systems and Policies.

**Charles Normand**, Edward Kennedy Professor of Health Policy and Management at the University of Dublin, Trinity College and Chair of the Steering Committee of the European Observatory on Health Systems and Policies.

**Willy Palm**, Dissemination Development Officer at the European Observatory on Health Systems and Policies, Брюссель.

**Irene Papanicolas**, Research Associate at the London School of Economics and Political Science (LSE), Англия.

**Govin Permanand**, Programme Manager, Health Evidence Network, at the WHO Regional Office for Europe, Копенгаген.

**Amit Prasad**, Technical Officer at the World Health Organization, Кобе, Япония.

**Lorenzo Rocco**, Senior Lecturer of Economics at the University of Padova, Италия.

**Richard B Saltman**, Associate Head of Research Policy at the European Observatory on Health Systems and Policies and Professor of Health Policy and Management at Rollins School of Public Health of Emory University, Атланта, Соединенные Штаты Америки.

---

**Regina Sauto Arce**, Consultant at INFYDE (Información y Desarrollo, SL), Бильбао, Испания.

**Peter C Smith**, Professor of Economics and Director of the Centre for Health Economics at the University of York.

**Marc Suhrcke**, Policy Development Officer at the WHO Regional Office for Europe, Венеция.

**Phyllida Travis**, Health Systems Adviser at the World Health Organization, Женева.

**Nicole Valentine**, Technical Officer in the Department of Ethics, Equity, Trade and Human Rights at the World Health Organization, Женева.

**Ewout van Ginneken**, Researcher at the Berlin University of Technology.

**Matthias Wismar**, Senior Health Policy Analyst at the European Observatory on Health Systems and Policies, Брюссель.

## Список аббревиатур

DALY	— Disability-adjusted life year(s) — годы жизни, потерянные в связи с нетрудоспособностью
EU10	— члены ЕС, присоединившиеся в мае 2004 г.
EU12	— члены ЕС, присоединившиеся в мае 2004 г. и январе 2007 г.
EU15	— члены ЕС до мая 2004 г.
EU25	— EU10 + EU15
EU27	— все члены ЕС, включая присоединившихся в январе 2007 г.
Eur-A	— страны Западной Европы (Андорра, Австрия, Бельгия, Хорватия, Чешская Республика, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Исландия, Ирландия, Израиль, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан Марино, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Соединенное Королевство)
Eur-B	— страны Центральной и Восточной Европы (Албания, Армения, Азербайджан, Босния и Герцеговина, Болгария, Грузия, Кыргызстан, Польша, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Македония, Турция, Туркменистан, Узбекистан)
Eur-C	— страны СНГ (Беларусь, Эстония, Казахстан, Латвия, Литва, Молдова, Российская Федерация, Украина)
ВВП	— валовой внутренний продукт
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	— Всемирная Организация Здравоохранения
ВОП	— врач общей практики
ЕС	— Европейский Союз
ОЭСР	— Организация экономического сотрудничества и развития
ОТЗ	— оценка технологии здравоохранения
СНГ	— Содружество Независимых Государств
СОСЗ	— структура оценки систем здравоохранения
СПИД	— синдром приобретенного иммунодефицита
ЦВЕ	— Центральная и Восточная Европа

## Список таблиц, рисунков и вставок

### Таблицы

Таблица 6.1. 10 основных групп заболеваний в Европейском регионе ВОЗ и субрегионах

Таблица 6.2. Связь смертности и DALY по данным за 2000 г. с некоторыми факторами риска и полом в развитых странах

Таблица 6.3. Возрастающий анализ рентабельности лечения рака молочной железы (Eur-A)

Таблица 6.4. Избранные популяционные вмешательства

Таблица 6.5. Рейтинг стран EU15 по ряду последних исследований

Таблица 7.1. Оценка эффективности системы здравоохранения

### Рисунки

Рисунок 2.1. Структура оценки систем здравоохранения: функции и цели

Рисунок 3.1. Системы здравоохранения, здоровье, благосостояние и социальное благополучие: треугольник отношений

Рисунок 6.1. Тенденции в продолжительности жизни при рождении, 1990–2004 гг.

Рисунок 6.2. Сравнение уровней смертности от поддающихся лечению заболеваний, на основании стандартизованных показателей по возрасту наступления смерти на 100 000 населения в 19 странах ОЭСР, 1997–1998 и 2002–2003 гг.

Рисунок 6.3. Смертность от поддающихся лечению состояний среди мужчин в возрасте от 0 до 74 лет в 20 странах ЕС, 1990–1991 и 2001–2002 гг.

Рисунок 6.4. Смертность от предотвратимых состояний среди мужчин в возрасте от 0 до 74 лет в 20 странах ЕС, 1990–1991 и 2001–2002 гг.

Рисунок 6.5. Основа общественного здравоохранения

Рисунок 6.6. Стандартизованные показатели смертности от хронических заболеваний печени и цирроза, все возраста, на 100 000 населения, 1980–2004 гг.

Рисунок 7.1. Функции, промежуточные задачи, стратегии и цели: разрыв между определением эффективности и практикой

### Вставки

Вставка 1.1. Стратегии сдерживания стоимости

Вставка 2.1. Цели и функции системы здравоохранения

Вставка 3.1. Некоторые проблемы, касающиеся использования валового внутреннего продукта на душу населения в качестве меры здоровья и благополучия

Вставка 3.2. Некоторые проблемы, касающиеся треугольника отношений «системы здравоохранения, здоровье, благосостояние и социальное благополучие»

Вставка 4.1. Старение населения в Европе

Вставка 5.1. Здоровье и выход с рынка труда

Вставка 6.1. Соответствие ожиданиям граждан согласно Докладу ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.

Вставка 7.1. Функции, промежуточные задачи, стратегии и цели: отличия между оценкой эффективности и практикой

## Основные положения

### Здоровье – ключ к благополучию и благосостоянию

- Здоровье ценно само по себе
  - Правительства стран Европы стремятся достичь более высокого уровня здоровья, равенства и сплоченности населения
  - Население стран Европы придает большое значение хорошему здоровью
- Уровень здоровья отражает прогресс общества. Оценка социального развития должна включать оценку уровня здоровья
- Более здоровые люди обладают большей производительностью труда
- Лучшее здоровье уменьшает потребность в здравоохранении сейчас и в будущем
- Здоровье и благосостояние усиливают друг друга. Системы здравоохранения являются катализатором как для здоровья, так и для благосостояния

### Здоровье и системы здравоохранения функционируют в различных секторах

- Системы здравоохранения работают за пределами оказания медицинской помощи
- Системы здравоохранения играют ключевую руководящую роль, влияющую на вмешательства в других секторах, которые воздействуют на уровень здоровья
- Министерства здравоохранения должны нести ответственность за здоровье, обеспеченное воздействием медицинского обслуживания и деятельностью других секторов

### Инвестирование в системы здравоохранения приносит реальную выгоду

- Общества могут делать выбор относительно того, «как» и «как много средств» вкладывать в системы здравоохранения за счет других, конкурирующих за ресурсы, секторов

- Правильное инвестирование в системы здравоохранения является эффективным способом улучшения здоровья и увеличения благосостояния
  - Системы здравоохранения поддерживают более высокий уровень здоровья в более экономически активных обществах
  - Работа системы здравоохранения спасает жизни
  - Целенаправленные вмешательства в общественное здоровье эффективны
  - Системы здравоохранения помогают обеспечивать социальное благополучие, не в последнюю очередь посредством повышения равенства и соответствия ожиданиям населения

### Политики могут улучшить деятельность систем здравоохранения и инвестирование в системы здравоохранения

- Ключевое значение имеет разработка четкой стратегии реформирования. Они наиболее эффективны, если:
  - отражают бремя болезней и факторов риска, комбинируют лечение и профилактику;
  - относятся ко всей системе обеспечения здоровья, а не только к услугам, предоставляемым системой здравоохранения;
  - привлекают средства для проведения реформ в наиболее эффективных областях, таких, как и укрепление первичной помощи;
  - соответствуют национальной среде
- Оценка эффективности системы здравоохранения включает оценку ситуации в настоящее время и перспективу ее улучшения
- Правильная оценка – ключ к улучшению деятельности и аргумент для дальнейшего инвестирования

Используемые данные должны соответствовать системам управления и быть связанными с конкретными рычагами управления

## Реферат

### 1. Новая парадигма

В последние годы организаторы здравоохранения находились под огромным давлением проблем относительно финансовой устойчивости и сдерживания стоимости. В любом обществе доступные ресурсы ограничены, однако новые данные свидетельствуют о том, что системы здравоохранения являются не «дырой в бюджете», а выгодной областью вложения средств в здоровье населения и экономический рост. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние неразрывно связаны посредством ряда взаимно усиливающих динамических отношений. Эта новая парадигма предлагает возможность для фундаментальной переоценки роли систем здравоохранения в обществе. При этом возникают три основных вопроса:

- Как мы можем улучшить здоровье, благосостояние и социальное благополучие посредством инвестирования в системы здравоохранения?
- Как мы можем гарантировать эффективность деятельности систем здравоохранения в будущем?
- Как мы можем контролировать, управлять и улучшать деятельность систем здравоохранения, чтобы добиться от них максимальной эффективности?

В данном справочном документе для Министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения (Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 года) изучаются ответы на эти вопросы. Здесь представляются аргументы в пользу соответствующих инвестиций в системы здравоохранения. Целесообразность данного обхода обусловлена способностью систем здравоохранения улучшать здоровье и положительно воздействовать на экономические системы, а также отражением в ней основных ценностей, укрепляющих европейские общества.

### 2. Определение системы здравоохранения

Приведенное здесь определение систем здравоохранения построено на основе определения, предложенного в *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. (20)* и сочетает три элемента:

- обеспечение медицинского обслуживания (как личного, так и общественного);
- деятельность, направленная на предоставление возможности получения медицинского обслуживания (особенно финансирование, мобилизация ресурсов и управление);

- деятельность по управлению, целью которой является воздействие на другие секторы, способные оказывать влияние на уровень здоровья, даже если здоровье не является их первичной целью.

Данный подход подчеркивает роль систем здравоохранения за пределами медицинского обслуживания. В этом заключается роль Министерств и министров, в то время как организаторы здравоохранения отвечают за все три этих элемента. В диапазон их ответственности входит деятельность сектора здравоохранения и других секторов, способных оказывать влияние на уровень здоровья.

### 3. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: концептуальная структура

Сложные отношения между системами здравоохранения, здоровьем и благосостоянием представлены в концептуальной структуре, которая изображает динамическое взаимодействие между системами здравоохранения и здоровьем, системами здравоохранения и благосостоянием, а также между здоровьем и благосостоянием. Данная модель также показывает, что эти три элемента вместе оказывают влияние на центральную цель — социальное благополучие. Наконец, она показывает, что социально-экономическое и политическое окружение (среда) является критически важным для определения характера взаимодействия этих элементов (рис. 3.1). Данная структура может помочь высшим чиновникам в:

- проведении систематических обзоров относительно того, как системы здравоохранения обеспечивают здоровье, влияют на формирование богатства и помогают создавать социальное благополучие;
- формировании ряда аргументов для обсуждения данной проблемы с другими секторами;
- формировании аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения.

### 4. Переоценка стоимости

Ввиду неуклонного повышения расходов на здравоохранение, медицинское обслуживание становится слишком легко изображать в виде бремени, поглощающего все большее количество ресурсов. Старение населения Европы, появление новых и более дорогих технологий, а также рост ожиданий граждан все увеличивают давление на здравоохранение.

Однако становится все более понятно, что такая оценка является слишком простой; демографические (или другие) тенденции не обязательно приводят к увеличению социальных затрат.

Потребности пожилых людей не представляют собой большой проблемы для систем здравоохранения, особенно если она и другие сектора, оказывающие влияние на здоровье, используют стратегию, обеспечивающую здоровое старение, и если стратегия в области занятости (включая пенсионный возраст) строится таким образом, что предоставляет пожилым людям возможность оставаться экономически активными. В то время как данные простых одномоментных анализов показывают, что затраты на здравоохранение увеличиваются с возрастом, это не означает, что стареющее население будет требовать больших затрат. В настоящее время известно, что стоимость медицинской помощи зависит не просто от увеличения возраста (старения), но в первую очередь от близости смерти. На сегодняшний день существуют свидетельства из различных стран, что теперешние пожилые люди являются более здоровыми чем когда-либо и что среди них наблюдается уменьшение заболеваемости, отчасти в результате более здорового образа жизни и отчасти вследствие получения доступа к безопасному и эффективному лечению.

Внедрением новых технологий *можно* управлять посредством сохранения их преимуществ при ограничении совокупной стоимости. Активные и адекватно обеспеченные системы оценки технологий в здравоохранении вместе с такими механизмами, как регулирующие и платежные системы по обеспечению соответствия, могут снизить риск неоправданного использования технологии и способствовать повышению рентабельности медицинской помощи. Таким же образом, при стремлении найти компромиссы в области соответствия с ожиданиями граждан для некоторого уменьшения давления необходимо стремиться избегать внедрения потенциально неоправданных технологий, уравнивая соответствие с эффективностью.

В целом увеличение расходов на системы здравоохранения является неизбежным. Правительства могут контролировать этот процесс и при разумном использовании политических рычагов и инструментов управления могут облегчать воздействие влияние стоимости.

## **5. Вклад здоровья в благосостояние и социальное благополучие**

Здоровье имеет ценность само по себе. Это имеет значение для людей и обществ всего Европейского

региона. Ценность здоровья может быть выражена в денежных единицах на основании решений, которые люди принимают в своей повседневной жизни, например устраиваясь на более опасную работу за более высокую оплату. У таких методик есть множество недостатков, однако тем не менее факты демонстрируют, что люди придают огромное значение наличию здоровья, независимо от культурных или экономических различий.

Здоровье также оказывает значительное влияние на экономическую эффективность. Экономисты развитых стран давно признали важность правильного объединения материального и человеческого капитала. Однако во время рассуждений о последнем они традиционно сосредоточивали внимание на образовании, а не на здоровье. Это положение вещей изменилось после публикации Комиссии по макроэкономике и здоровью, в которой утверждалось, что в развивающихся странах низкий уровень здоровья подавляет экономический рост. В более поздних работах было показано, что это утверждение также подходит для стран с высокими и средними доходами. Люди с более плохим здоровьем с меньшей вероятностью будут работать, а их деятельность будет менее эффективной. Такие люди реже вкладывают капитал в собственное образование, чаще подвергаются увольнению и не имеют возможности поддержать экономику. На сегодняшний день экономическое положение стран соответствует их способности поддерживать здоровье. Сегодняшнюю экономику и положение на рынке труда, меры социального обеспечения, пенсионный возраст и взаимодействия между ними следует принимать во внимание при рассмотрении экономических преимуществ более высокого уровня здоровья в будущем. Не подвергается сомнению тот факт, что здоровье населения, включая здоровье пожилых людей, может обеспечить существенный вклад в экономику.

Состояние здоровья также четко влияет на расходы в области здравоохранения. Если бы никто не болел, не было бы необходимости в медицинском обслуживании. Исследования, проведенные в некоторых странах, показывают, что политика по стимулированию здорового образа жизни и раннему использованию профилактических мероприятий может в будущем снизить потребность в медицинском обслуживании. Как уже отмечено, старение населения не обязательно должно увеличивать нагрузку на системы здравоохранения. Однако это ни компенсирует все направления давления по увеличению общих расходов, ни отражает вероятное увеличение потребностей в социальной помощи.

Наконец с неравенством в отношении здоровья связаны значительные экономические затраты.

Оно подрывает экономику, увеличивает социальные затраты и уменьшает общественное благополучие. Если бы существующие разрывы в уровне здравоохранения могли бы быть уменьшены, это принесло бы существенную прибыль национальному доходу и привело бы к снижению затрат на здравоохранение в результате уменьшения потребности как в амбулаторной, так и в стационарной помощи. Точно также была бы получена прибыль от снижения уровня безработицы и инвалидности. Это также привело бы к увеличению социального благополучия и социальной сплоченности, поскольку уровень здоровья распределялся бы более равномерно.

## 6. Оценка влияния систем здравоохранения

Для оправдания инвестирования в системы здравоохранения при утверждении ежегодного бюджета высшие чиновники должны продемонстрировать, что системы здравоохранения оказывают существенное положительное влияние на уровень здоровья. Аргументы в пользу такого инвестирования очевидны: плохое здоровье приводит к затратам, а кардинально плохим здоровьем могут заняться лишь системы здравоохранения. Профилактическое и лечебное медицинское обслуживание, а также более широкие вмешательства общественного здравоохранения действительно улучшают здоровье, в то же время увеличивая равенство и соответствие требованиям.

Основную часть бремени болезней в Европейском регионе составляют неинфекционные заболевания, особенно сердечно-сосудистые, психические заболевания, травмы и злокачественные новообразования; каждая из этих групп заболеваний требует огромных затрат, которые приходятся как на систему здравоохранения, так и на другие сектора экономики. Бремя болезней следует рассматривать в свете основных факторов риска по странам Европы. К ним относятся факторы риска, связанные с питанием, гиподинамией и вредные зависимости (особенно табакокурение). Все они являются причиной большей части заболеваний и смертей в данном регионе. Многие из наиболее обременительных болезней поддаются медицинскому воздействию или воздействию через другие секторы. Однако высшие чиновники могут эффективно разрабатывать и комбинировать вмешательства лишь учитывая факторы риска.

Медицинское обслуживание имеет значение само по себе. Доказательства этого сложны, но вполне определены. Доказано, что приблизительно половина увеличения продолжительности жизни за последние десятилетия обусловлена улучшением

здравоохранения. Более того, сохраняется значительная смертность от причин, поддающихся медицинскому лечению. Это свидетельствует о том, что соответствующее инвестирование приведет к прямым материальным преимуществам.

В то же время существуют убедительные доказательства ценности более широких вмешательств в общественное здоровье как на уровне сектора здравоохранения, так и на уровне других секторов. Более того, рентабельность таких вмешательств зачастую положительно сравнивается с клиническими услугами. Существует особое значение вмешательств на уровне ключевых факторов риска, таких, как законодательные акты относительно соли и насыщенных жиров, факторов риска, связанных с диетой, финансовых и регулирующих изменений с целью влияния на табакокурение или мероприятия по урегулированию дорожного движения с целью профилактики дорожно-транспортного травматизма. Это демонстрирует насколько важно, чтобы вмешательства в общественное здоровье осуществлялись на уровне различных секторов. Кроме того, системы здравоохранения должны обладать всесторонними перспективами и комбинацией «восходящих» и «нисходящих» мероприятий, для того, чтобы инициативы на макро-уровне определили детерминанты здоровья, в то время как нисходящие мероприятия будут помогать отдельным людям изменять свое рискованное поведение.

Остается спорным вопрос относительно того, какие же показатели лучше всего отражают материальную сторону вопроса и как следует использовать их для достижения наибольшей эффективности. Ответ на него зависит от конкретных обстоятельств: бремени болезней и рисков. Однако не вызывает сомнений огромное влияние систем здравоохранения на состояние здоровья. Они действительно имеют значение и существуют прочные аргументы для инвестирования в этой области.

Правильно нацеленные инвестиции в систему здравоохранения могут также увеличить равенство в отношении здоровья как внутри страны, так и между странами. Ожидаемая продолжительность жизни более чем на 15 лет выше в странах Европы с наилучшей эффективностью систем здравоохранения, по сравнению со странами с наихудшими показателями. Существует также разрыв в продолжительности жизни до 10 лет между гражданами стран (в том числе, в странах с высоким уровнем доходов). Во многих странах неравенство в отношении здоровья увеличивается в результате того, что более обеспеченные социально-экономические группы людей лучше реагируют на изменения образа жизни или улучшение здравоохранения, в то время как бедняки в этом отношении отстают. Это призывает к эффективному воздействию на

социальные детерминанты здоровья, в особенности к проведению восходящих вмешательств, таких как изменение налогов или льгот. Однако важно комбинировать восходящие мероприятия с нисходящими, непосредственно влияя на факторы риска, такие как курение и нарушение питания. Это будет часто вовлекать законные интересы граждан. Также системы здравоохранения должны обеспечивать равный доступ к услугам здравоохранения (в том числе и к эффективному уходу) посредством разрушения препятствий, которые встают на пути более бедных людей. Посредством этих путей системы здравоохранения могут уменьшить разницу в уровне здоровья в пределах стран, поддержать ценности европейских обществ и уменьшить количество экономических затрат, связанных с неравенством в отношении здоровья.

Равенство в отношении здоровья должно сопровождаться справедливым финансированием. Это означает функцию финансирования как с равным распределением бремени финансирования в соответствии со способностью заплатить (равенство финансирования), так и с защитой людей от обеднения в результате оплаты за медицинскую помощь (финансовая защита). Финансовая защита непосредственно перетекает в более широкую концепцию систем здравоохранения, здоровья и богатства и формирует непосредственную связь между системами здравоохранения и программой по предотвращению бедности.

Соответствие ожиданиям граждан, как и равенство, является целью систем здравоохранения. Оно включает все межличностные аспекты оказания помощи. Однако эту область нелегко охватить, поскольку ожидания пациентов варьируют в соответствии с культурой, возрастом и социальным классом, а также в результате сложности отделения личного опыта от других факторов, которые влияют на восприятие системы здравоохранения.

У высших чиновников имеется широкий диапазон инструментов, которые они могут использовать — от обучения персонала уважению к достоинству пациентов и их автономности до улучшения удобств. Они могут использовать рычаги оплаты, регулирования или заключения контрактов для определения ожиданий пациентов и позволить пациентам реализовать свои права через гарантии обслуживания или омбудсменские схемы. Однако они должны четко согласовываться с вовлеченными компромиссами. Проблема выбора выдвигает на первый план потенциальное напряжение между соответствием и другими целями системы здравоохранения. В то время как «выбор» может быть политически привлекательным, большими возможностями выбора обладают более осведомленные

люди, что может увеличить неравенство в отношении здоровья. Точно также, наряду с возможным увеличением автономности пациента, выбор может привести к неэффективному лечению или к фрагментации помощи, что может негативно сказаться на уровне здоровья. Лица, ответственные за политику в области здравоохранения, должны ликвидировать это напряжение. Улучшение доступа населения к прозрачным, достоверным и значимым данным, относящимся к деятельности системы здравоохранения, может поддержать информированное лечение пациентов, при условии обеспечения достаточных гарантий против манипулирования данными или поведением пациентов.

Системы здравоохранения могут оказывать положительное влияние на здоровье населения и его доходы, улучшая таким образом социальное благополучие. Однако системы здравоохранения оказывают непосредственное и значимое воздействие на национальные и местные экономики. Сектор здравоохранения в Европейских странах обычно является одной из крупнейших сфер услуг (если не самой большой). Его деятельность очень трудоемка, что непосредственно воздействует на занятость, а также косвенно, посредством подвижности работы, она влияет на гибкость рынка труда и косвенные трудовые затраты. Все эти факторы определяют международную конкурентоспособность. Кроме того, системы здравоохранения способствуют проведению исследований и развитию других областей, таких, как биотехнология и производство лекарственных препаратов.

Факт того, что системы здравоохранения играют значительную роль в экономике Европы, сам по себе не является оправданием инвестирования в данный сектор в ущерб другим секторам. Инвестиционные предпочтения будут определяться относительной прибылью от конкурирующих вариантов. Тем не менее признано, что там, где существует высокий уровень неполной занятости, сектор здравоохранения может формировать часть стратегии по стимуляции потребностей или являться предпосылкой для внутреннего инвестирования, особенно в контексте регионального развития.

## **7. Улучшение деятельности систем здравоохранения**

Существует важное различие между способностью оказать влияние и действительным оказанием влияния. Если инвестирование в здравоохранение должно высвободить его потенциал, его можно расценивать как эффективное. Именно здесь важно проводить оценку эффективности. Учитывая то, что в прошлом высшие чиновники зачастую проводили реформы

без критической оценки их последствий, на сегодняшний день для проведения реформ они должны определить ожидания, ресурсы и продемонстрировать результаты. Оценка деятельности делает возможной структурированную оценку того, как работают системы здравоохранения и что может быть еще предпринято для достижения еще большего успеха.

*Реформирование систем здравоохранения* в Европейском регионе происходило в несколько этапов. Реформы коснулись каждой страны. Они отразили широкие общественные споры, поиск эффективных путей развития и во многих случаях общие политические и социальные изменения. Их целью было последовательное улучшение деятельности одной или более функций системы здравоохранения.

Реформы поставки медицинского обслуживания зачастую сталкивались с проблемами стоимости или эффективности, однако могли также отражать проблемы в области соответствия и равенства. Их целью было интегрирование помощи, замещение различных уровней помощи и усиление первичного звена здравоохранения, включая увеличение ответственности за программы общественного здравоохранения. Некоторые реформы были направлены на качество, внося большое количество предложений на всех уровнях. Другие были связаны с новыми стратегиями общественного управления, стирающими границы между общественным и частным здравоохранением. Более эффективные реформы поддерживали соответствующие суждения относительно мобилизации ресурсов и финансирования.

Реформы в области мобилизации ресурсов пытались обеспечить правильное сочетание человеческих ресурсов, основного капитала и технологии. Политика в области человеческих ресурсов была разработана в условиях недостатка персонала. В ней обычно делались акценты на квалификацию специалистов для соответствия новым типам оказываемых услуг, на увеличение роли первичного звена, общественного здравоохранения и взаимодействия, а также на обеспечение качества посредством непрерывности образования и сертификации. Производство материальных ресурсов подверглось менее выраженному реформированию; примеры включают использование частного финансирования при строительстве больниц. Инвестирование в новые технологии, особенно в фармацевтические препараты, формировалось в соответствии с оценкой технологий в здравоохранении, регулирующими мероприятиями и поощрением использования дженериков.

Реформы финансирования были, пожалуй, наиболее распространенными и очевидными, что обусловлено

проблемами относительно затрат и рычагов финансирования предложений для улучшения других функций. Проблемы сохранения устойчивости и общественного единства решались посредством реформирования с накоплением дохода, в то время как эффективность обеспечивалась реформами снабжения. Проще говоря, реформы накопления доходов затронули внедрение медицинского страхования, особенно в Восточной Европе, либо пытались усилить связи между накоплением доходов и расходами посредством децентрализации ответственности, либо стремились сдвинуть бремя финансирования услуг посредством дополнительных платежей или дополнительного страхования. Проблемы фрагментации фондов, выбора риска и финансирования общественного здравоохранения были отчасти затронуты посредством регулирования, улучшения механизмов накопления общественного капитала и создания специальных фондов улучшения здоровья. Финансирование продолжительного ухода все еще представляет большую проблему.

Реформы снабжения обращались к проблеме того, каким образом распределять объединенные ресурсы в соответствии с необходимыми рычагами изменений. Они зачастую вовлекали более конкретные рыночные элементы, позволяющие собственникам фонда определять объем, своевременность и качество ухода. Они включали стратегическую закупку, внедрение отделения покупателя от поставщика, заключение контрактов, платежи на основании случая оказания помощи или выполненной работы, а иногда и более явные рыночные элементы, такие, как конкуренция поставщиков или заключение селективных контрактов. Эти механизмы предоставляют рычаги влияния, однако связанные риски во многом обусловлены сосредоточением внимания поставщиков лишь на специфических целях в ущерб другим областям. Успех реформ снабжения и управление возможными отрицательными последствиями в значительной степени зависел от информации по оценке закупок и эффективности.

Реформы управления стремились обеспечить лучшее управление, а также большую ответственность и соответствие систем здравоохранения. Тем не менее функция управления все еще сталкивается со значительными трудностями, обусловленными сложным перекрытием функций и целей системы здравоохранения. Окружающая среда, в которой существуют системы здравоохранения, является очень сложной, что требует координации между ветвями власти (исполнительной, законодательной и судебной), уровнями управления (центральный и региональный) и интеграции между общественным и частным сектором. Лица,

принимающие решения, также несут ответственность за широкий диапазон проблем (от крайне распространенных до очень специфичных). Целями проводимых реформ было: четкое определение ответственности; усиление политической формулировки; создание эффективного, но гибкого регулирования и учет того факта, что многие из ключевых детерминант здоровья находятся за пределами сектора здравоохранения, вследствие чего требуется хорошо скоординированное межотраслевое взаимодействие. Важно, что успех деятельности в этом случае зависит от эффективности информации и систем оценки работы, позволяющих организаторам оценивать наличие или отсутствие результата.

В некоторых странах в последние годы увеличилась способность к *оценке деятельности системы здравоохранения*, хотя и от очень низкого исходного уровня. Информационные технологии (при успешном применении) позволяют облегчить сбор данных и анализ, а также лучше оценить затраты, прибыль и результаты. Однако способы предоставления информации могут обычно улучшаться, особенно в отношении объединения результатов с механизмами управления. Если данные оценки деятельности могут улучшить ее, то полученная информация должна быть доступна для принятия решений.

Должны быть разработаны системы для сбора исходных данных, их переработки и представления для различных аудиторий так, чтобы и пациенты и организаторы здравоохранения могли найти для себя полезную и своевременную информацию. Достижение этой цели не является простой задачей, особенно учитывая необходимость отследить большое количество функций и связать исходные данные с результатами. Отбор подходящих и надежных показателей (особенно если они должны стать руководством к действию), отвечающих на изменения, является крайне важной и сложной задачей. Предпринимались попытки объединения различных показателей в составной показатель, позволяющий оценить общую производительность труда, однако они не увенчались успехом. Подобные усилия оправданы только при сохранении прозрачности системы. Они также затрагивают ценность промежуточных или инструментальных задач, при указании (и оценке) продвижения на пути к конечной цели. Хорошо подобранные и определенные показатели при условии их специфичности и подверженности воздействиям могут помочь в установлении того, как далеко функция продвинулась к конечной цели, а также могут указать на шаги, которые следует предпринять для улучшения эффективности.

Эффективность оценки деятельности зависит от того, насколько она помогает достигнуть целей системы здравоохранения, и поэтому она должна быть связана с политическими рычагами, обеспечивающими реальное улучшение. Информирование общества об эффективности является инструментом, который может быть эффективным в случае применения с большой осторожностью, вне зависимости от того, служит ли он для информирования общественности, или стимулирует поставщиков к реагированию на предполагаемую угрозу проверки. Явные финансовые стимулы с целью вознаграждения поставщиков, достигающих определенных стандартов эффективности, также могут действовать в качестве рычагов для изменений, при работе систем здравоохранения в области других секторов. Поскольку при всех этих подходах существует риск того, что поставщики сосредоточатся на узких целях без улучшения обслуживания пациентов, требуется бдительность. При разработке и применении мероприятий по улучшению деятельности во избежание достижения лишь краткосрочных целей или отвергания инноваций необходимо проявлять осторожность. Высшие чиновники должны взять на себя активную роль в обеспечении того, чтобы весь подход к оценке эффективности являлся частью системы управления. Это обозначает его приспособление к политической среде и обеспечение соответствующей интеграции механизмов финансирования, рыночных структур и регулирования. Частью управляющей роли министерств здравоохранения также является обеспечение сбора значимых и достоверных данных, обеспечение их прозрачного анализа, стимулирование систематического применения полученных результатов при планировании и оценке, а также поддержка информированного общественного обсуждения. Комбинация всех этих факторов может служить лучшей поддержкой при достижении целей системы здравоохранения и при управлении любыми компромиссами между ними. Организаторы систем здравоохранения несут ответственность не только за оценку эффективности этих систем, но и за обеспечение того, что оценка эффективности приведет к улучшению работы в будущем.

Не существует какого-либо определенного правильного уровня инвестирования в системы здравоохранения; каждое общество должно само решить, как и какие средства вкладывать в эту область. Однако большое количество аргументов свидетельствует в пользу того, что общества должны вкладывать средства в системы здравоохранения, в качестве части социальных усилий по улучшению здоровья и богатства, а также по достижению социального благополучия. Поэтому организаторы

## 1. Введение

здравоохранения могут с уверенностью приводить аргументы в пользу инвестирования в системы здравоохранения при условии, конечно, что у них есть системы оценки эффективности, демонстрирующие, что инвестиции используются эффективно и дают хороший эффект.

В данном докладе рассматриваются вопросы инвестирования в системы здравоохранения. При этом учитывается, что системы здравоохранения не просто обеспечивают население лекарствами, а скорее являются частью комплексных мер по улучшению здоровья и обеспечению экономического роста. Отношения между системами здравоохранения, здоровьем и благосостоянием сложны, однако эти три понятия неразрывно связаны. Поэтому инвестирование в здравоохранение может способствовать достижению конечной цели социального благополучия.

В спорах о стратегии систем здравоохранения в последнее десятилетие доминировали утверждения об устойчивости данной отрасли и ее способности к самобеспечению. Во многих европейских странах расходы на здравоохранение растут с большей скоростью, чем экономика, составляя все большую долю от валового внутреннего продукта (ВВП) и вызывая тревогу относительно стоимости услуг и конкурентоспособности в условиях глобализирующейся экономики. Поэтому сдерживание роста стоимости становится основным приоритетом для большинства систем здравоохранения в Европе и за ее пределами. Как правило, организаторы здравоохранения пытались найти сбалансированную комбинацию различных стратегий, работающую как на спрос, так и на предложение медицинского обслуживания (вставка 1.1).

Наряду с этим, возникли новые подходы, приведшие к пересмотру длительно существующих взглядов на сдерживание роста стоимости. При этом учитывается новое понимание взаимозависимости между здоровьем и благосостоянием; ценность здоровья для граждан и общества и роль систем здравоохранения в улучшении здоровья.

Данный пересмотр значения здоровья был назван «спором о здоровье и благосостоянии» (1,2,3). В его основе лежат взаимоотношения между состоянием здоровья, системами здравоохранения и экономическим ростом. В последнее время все чаще здоровье рассматривается как двигатель экономического роста. Важность этой проблемы была доказана в работе Комиссии по макроэкономике и здоровью (4), где на примере развивающихся стран было приведено множество фактов в пользу влияния здоровья на экономическое развитие в глобальном масштабе.

В трех более поздних исследованиях данный подход получил свое дальнейшее развитие. Эти исследования проводились в странах Европейского союза (ЕС) до мая 2004 г. (EU15), в Российской Федерации и странах Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ), а также в Содружестве независимых государств (СНГ), соответственно (5,6,7). При этом была продемонстрирована значимость здоровья для стран с высокими и средними доходами, изучены механизмы, посредством которых улучшение здоровья повышает экономическую эффективность в европейском регионе, а также определена степень воздействия уровня здоровья на экономический рост.

### Вставка 1.1. Стратегии сдерживания стоимости

На протяжении многих лет, вместо того чтобы вкладывать средства в системы здравоохранения, организаторы здравоохранения старались сдерживать стоимость услуг. Они использовали комбинацию стратегий, оказывающих влияние на спрос и предложение в системах здравоохранения.

Стратегии спроса в основном основывались на изменении стоимости медицинской помощи из установленных правительством источников для потребителей услуг здравоохранения посредством увеличения стоимости данных услуг и/или посредством нормирования доступа к услугам, финансируемым государством. Следовательно, в некоторых странах определенные услуги были изъяты из установленного набора льгот (например, стоматология). Или, чаще, новые дорогостоящие виды лечения (такие, как противораковые препараты) не были включены в обязательный набор услуг, в результате чего население должно было их отдельно оплачивать или добровольно страховать свое здоровье. Эти меры зачастую оказывали выраженное отрицательное влияние и могли подорвать социальное единство посредством снижения доступа к данным услугам при все возрастающем спросе на них.

Стратегии, направленные на повышение предложения, должны были обеспечить более приемлемое соотношение цены и качества. Они включали введение стратегического обеспечения; рыночные механизмы, способствующие возникновению конкуренции между поставщиками товаров и услуг для улучшения их эффективности; выплаты, зависящие от качества выполнения работы; оценку технологий здравоохранения (ОТЗ); улучшение связи между различными уровнями лечения и укрепление роли первичного звена здравоохранения. Эти стратегии были широко поддержаны организаторами здравоохранения и многие из них действительно позволили повысить эффективность систем здравоохранения.

В то время как усиливается утилитарный подход «case for health» (оказание помощи по факту обращения), государства-члены ВОЗ продолжают провозглашать фундаментальное значение здоровья как права человека. Они пропагандируют принципы общедоступности, справедливости и солидарности как ключевых ценностей европейского общества

во многих общих направлениях развития (2,8,9,10). При этом здоровье рассматривается как ключевой показатель социального развития и благополучия, а также как средство повышения социального единства.

Изменение взглядов на роль здоровья в современном обществе вынуждает по-новому оценить значение систем здравоохранения и задачи, которые стоят перед ними. Системы здравоохранения, поскольку они обеспечивают поддержание здоровья, являются производственным сектором, а не просто затратной частью экономики. И от состояния данного сектора во многом зависит финансовая устойчивость. Увеличение расходов на эффективные системы здравоохранения обеспечивает экономию средств, делает экономику более эффективной, а также обеспечивает достижение более высокого уровня здоровья и благосостояния. Последние сами по себе уже являются социальными целями. В ЕС системы здравоохранения находятся в центре «Лиссабонской повестки дня», одновременно преследуя две цели (экономической конкурентоспособности и социального единства) (11). При этом бросается вызов упрощенному представлению, что расходы на здравоохранение представляют угрозу финансовой жизнеспособности.

Некоторые аналитики пошли дальше в утверждении, что вложения в эффективную систему здравоохранения могут привести к снижению роста расходов на здравоохранение в будущем. Показательны два отчета Wanless, организованные Казначейством Соединенного Королевства. В них исследовалась финансовая устойчивость медицинского обслуживания в Соединенном Королевстве, рекомендовалось дальнейшее инвестирование для усиления Национальной системы здравоохранения (НСЗ) (12), в частности с целью увеличения ее вклада в общественное здравоохранение (13) для достижения долгосрочной устойчивости. Существует также значительный интерес к способам вмешательств в системы здравоохранения, которые могут повысить здоровье населения, уменьшить расходы и повлиять на старение населения. Эти мероприятия должны быть скоординированы с поддержкой людей пенсионного возраста. Эффективное инвестирование в системы здравоохранения может способствовать увеличению продолжительности жизни и, особенно, более здоровой жизни посредством предотвращения и/или лечения заболеваний на ранних стадиях. Данное явление получило название «сокращение заболеваемости» (14,15). Данный процесс уже можно наблюдать в некоторых странах Европы с хорошо развитыми системами здравоохранения. Подобная работа может создать эффективную схему системы здравоохранения, при которой более здоровые пожилые люди пользуются меньшим количеством услуг, позже выходят на пенсию и дольше вносят свой вклад в

экономику, изымая меньше средств из пенсионных фондов и значительно снижая потенциальный риск для устойчивого развития экономики.

Однако несмотря на то что эти аргументы являются вескими доводами в пользу инвестирования в системы здравоохранения, их явно недостаточно для оправдания автоматических дополнительных инвестиций. Существуют неизбежные проблемы в области соотношения цены и качества, а также конкуренция по отношению с инвестированием в другие отрасли, некоторые из которых сами по себе могут способствовать улучшению здоровья. Потребности в затратах на здоровье кажутся в данном контексте важными и во многих случаях оправданными. Это касается и правомерности текущих вмешательств в здравоохранение при технической неэффективности, наблюдаемой во многих европейских системах здравоохранения. В некоторых странах многие виды предоставляемого лечения в лучшем случае не обеспечивают улучшение здоровья пациентов, а в худшем наносят ущерб здоровью. Подобное лечение впустую растрчивает ограниченные ресурсы. Существует также потребность в выборе пути и средств, распределенных между альтернативными или конкурирующими вмешательствами и программами. При этом выбор областей расходов, таких как психическое здоровье, первичная медико-санитарная помощь, профилактика, специализированная помощь и т.д. должен соотноситься с конечными результатами и увеличивать прибыль от здоровья.

Важно также учитывать альтернативную стоимость инвестирования в медицинское обслуживание наряду с воздействием на факторы, определяющие здоровье, через другие секторы. Важно определять действие социальных детерминант здоровья (16) и возобновлять акцент на программе «Health in All Policies» (17, 18), поскольку доказано, что инвестирование в материальную среду, образование или транспортные системы может оказать более выраженный эффект на улучшение здоровья, чем инвестирование в системы здравоохранения. К тому же при выработке тактики в отношении здоровья необходимо признать, что дополнительные расходы в других областях государственной деятельности могут привести к более высокому социальному благосостоянию, которое, в конце концов, и является окончательной социальной целью в большинстве, если не во всех странах европейского региона. Поэтому инвестирование в системы здравоохранения должно быть основано на доказательствах рентабельности и преимуществ по сравнению с инвестированием в конкурирующие области.

Целью данного документа является стимулирование правительств различных государств к

разумному инвестированию в системы здравоохранения. Он был подготовлен для Министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения, здоровью и благосостоянию (Таллинн, июнь 2008 г.) (19). В этом документе приводятся имеющиеся в настоящее время доказательства эффективности данного подхода, представлен систематический подход к различным аспектам проблемы и отражены вопросы взаимодействия между ними. Он призван помочь организаторам здравоохранения, чтобы они, воспользовавшись приведенной информацией, могли выстроить план работы для лучшего понимания состояния здоровья и благосостояния. Однако данный документ не предоставляет точных ответов на вопросы о том, как и в какой степени следует инвестировать в системы здравоохранения.

Данная работа состоит из нескольких разделов, каждый из которых включает одну или несколько глав<sup>1</sup>. В первых четырех разделах описывается сложившаяся ситуация; в последующих трех (основная часть документа) рассматриваются основные аргументы для инвестирования в системы здравоохранения; в последнем разделе приводятся некоторые важные стратегические выводы.

- Раздел 1 (текущий раздел): введение в содержание документа, его организация.
- Раздел 2: рассматривается то, что мы понимаем под системами здравоохранения, приводится их определение и ряд функций.
- Раздел 3: представляется и обсуждается концептуальная структура, обосновывающая данное исследование и помогающая структурировать набор доказательств его значимости.
- Раздел 4: обсуждаются планирование и переоценка влияния стоимости и ее последствий.
- Раздел 5: рассматривается здоровье как двигатель экономического роста и социального благополучия.
- Раздел 6: исследуется влияние систем здравоохранения на здоровье и другие социальные цели.
- Раздел 7: рассматриваются механизмы улучшения деятельности систем здравоохранения.
- Раздел 8: резюмируются основные проблемы и предлагаются новые области для изучения инвестирования в системы здравоохранения.

---

<sup>1</sup> Во всем данном документе под «основным руководством» понимается работа Figueras с соавт. (19), «дополнительным руководством» — работа Smith с соавт. (186).

## 2. Что такое система здравоохранения?

Руководители здравоохранения, стремящиеся увеличить инвестирования в здравоохранение или оценить эффект инвестирования в системы здравоохранения вместо инвестирования в другие области, должны уметь определить и выразить то, что они понимают под «системой здравоохранения». Так что же такое система здравоохранения? Несмотря на то что этот вопрос кажется простым, на него все же нет простого ответа. Определения систем здравоохранения, приводимые различными аналитиками и организациями, порой очень сильно различаются. Особые различия касаются способа определения границ систем здравоохранения. На одном конце спектра находятся узкие определения, основное внимание в которых сосредоточено на медицинском обслуживании «пациенты, точные критерии потребности в медицинской помощи и услугах при возникновении заболевания, инвалидности и смерти». На другом конце спектра располагаются подходы, охватывающие все параметры, прямо или косвенно влияющие на уровень здоровья. Нам необходимо найти баланс между наиболее узкими определениями, рассматривающими лишь лечебные услуги, и всеобъемлющими понятиями системы здравоохранения, включающими все, что может повлиять на благосостояние (в первую очередь жилье, образование и условия окружающей среды). Этот процесс установления баланса или «управляемых границ» особенно важен, когда

дело доходит до создания рабочих определений, а также при управлении системами здравоохранения и наблюдении за их работой на практике.

### Определения и функции

Основой нашего подхода является определение системы здравоохранения, выдвинутое на *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. (20)*. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. определяет систему здравоохранения как «все организации, люди и действия, основной целью которых является повышение, восстановление или поддержание здоровья». Это определение включает «избранные межотраслевые действия, при которых организаторы системы здравоохранения принимают на себя ответственность за поддержку усовершенствований в областях, находящихся за пределами их непосредственного контроля, таких, как законодательные акты по снижению смертности от несчастных случаев на дорогах».

Данное определение укрепило Структуру оценки систем здравоохранения (СОСЗ) (рис. 2.1), обеспечивающую оценку эффективности системы здравоохранения относительно трех основных социальных целей (вставка 2.1). Деятельность системы здравоохранения расценивается как отвечающая этим трем целям относительно количества

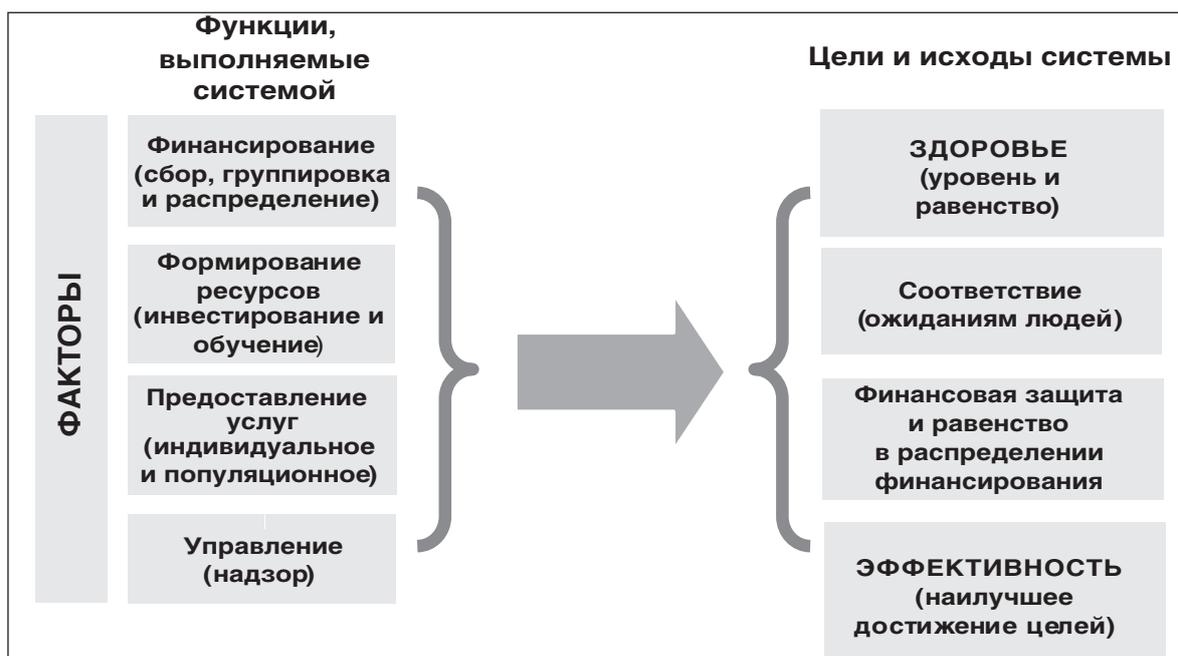


Рисунок 2.1. Структура оценки систем здравоохранения: функции и цели

Источник: Адаптировано Р. Travis из ВОЗ, 2000 (20).

ресурсов, вкладываемых для их достижения. При этом возникает четвертая цель, называемая эффективностью или продуктивностью. Для достижения этих целей все системы здравоохранения должны обеспечивать четыре основные функции, независимо от организации или используемой терминологии (вставка 2.1).

#### Вставка 2.1. Цели и функции системы здравоохранения

##### Цели

###### Улучшить:

- состояние здоровья населения (как средний уровень здоровья, так и распределение здоровья);
- соответствие немедицинским ожиданиям граждан, принимая во внимание две стороны: личную (достоинство пациента, конфиденциальность, автономность и общение) и потребительскую (должное оказание внимания, основные удобства, социальная поддержка и выбор);
- законность финансирования (финансовая защита, то есть предотвращение обеднения населения вследствие платы за обеспечение здравоохранения, наряду с равным распределением объема финансирования системы).

###### Функции:

- финансирование (сбор доходов, накопление материальных средств и закупки);
- обеспечение ресурсами (человеческие ресурсы, технологии и оснащение);
- обеспечение персоналом и медицинскими услугами;
- управление (формулировка стратегии здоровья, регулирование и контроль).

СОСЗ с ее целями и функциями более подробно обсуждается во второй главе основного руководства (21) и далее используется в настоящем докладе в качестве основы для обсуждения систем здравоохранения, стратегий их преобразования (раздел 6) и механизмов улучшения их деятельности (раздел 7).

Этот подход может быть усовершенствован и использован в дальнейшем. При этом понятие системы здравоохранения должно включать следующие положения:

- во-первых, предоставление (благодаря персоналу и населению) медицинского обслуживания, включая первичную и вторичную профилактику, лечение, уход и реабилитацию;
- во-вторых, действия, направленные на предоставление медицинского обслуживания, и, особенно, финансирование, формирование ресурсов и управление;
- в-третьих, управленческая деятельность с целью влияния на значимые для здоровья области, вне

зависимости от того, является ли их первичной целью улучшение здоровья.

Данный подход основан на осознании того, что финансирование системы здравоохранения, распределение ресурсов и снабжение непосредственно связаны с уровнем медицинского обслуживания. В то же время у функции управления (помимо всех остальных) есть дополнительная роль, связанная с другими областями за пределами медицинского обслуживания, заключающаяся в воздействии на параметры здоровья.

### Управление системами здравоохранения: роль Министерства здравоохранения

В приведенном выше определении утверждается ответственность Министерств здравоохранения за работу вне собственно системы здравоохранения. Это подчеркивает ключевую ответственность организаторов систем здравоохранения за управление другими секторами для обеспечения рассмотрения целей здоровья в их политике. Это, собственно, и называется СОСЗ. Из этого логически вытекает, что должно признаваться право организаторов здравоохранения на финансирование, снабжение и управление во многих значимых для здоровья областях, находящихся под ответственностью других органов. Это подразумевает, что Министерство здравоохранения является «организатором из организаторов», обладает управленческой функцией по оценке эффективности различных секторов и способно влиять на распределение ресурсов для максимизации прибыли от здоровья и распределительной эффективности. Поэтому министерства здравоохранения должны считаться ответственными не только за медицинское обслуживание, но и за управление другими секторами.

Данная стратегия расширения влияния систем здравоохранения представляет собой практический путь вперед с четким распределением обязанностей. Однако она является скорее нормативной, чем описательной, особенно по отношению к роли министерств здравоохранения. В то же время, несмотря на предпочтительность управления министерствами здравоохранения во многих секторах, на практике во многих странах разделяется ответственность даже за сектор здравоохранения, а за его пределами у министерства здравоохранения существует весьма ограниченная власть. Более того, министерства здравоохранения порой бывают относительно слабы как в техническом, так и в политическом плане. Собственную роль министерства значительно усложняют такие показатели как уровень децентрализации, модели

финансирования или поставок и роли других участников работы по обеспечению здоровья. Кроме того, осуществление влияния на другие секторы является далеко не простой задачей. Тем не менее несмотря на сложности раздельного управления и исполнения и юридические сложности, Министерство здравоохранения должно пытаться утвердить свою центральную роль в системе здравоохранения. Это означает, что Министерство здравоохранения в первую очередь должно рассматривать себя как ответственное за всю систему здравоохранения и предпринимать шаги для

укрепления этой позиции для эффективного управления данной системой.

Целью данного раздела было не просто отметить ответственность Министерства здравоохранения за всю систему здравоохранения, но и простимулировать высшие органы власти к установлению подобного руководства. Здесь были рассмотрены границы системы здравоохранения и система взглядов руководства на другие области, относящиеся к данной системе. Это крайне важно при обеспечении инвестирования в системы здравоохранения и одновременно в другие области.

### 3. Концептуальная структура

Основной причиной инвестирования в системы здравоохранения является понимание того, что данный сектор сложным образом связан со здоровьем и благосостоянием. Отношения между ними сложные и динамичные. Поэтому в данном разделе рассматривается концептуальная структура, которая может помочь руководителям здравоохранения установить четкую связь между данными проблемами, являясь, таким образом, основой данного обзора. Данная структура связывает системы здравоохранения (определенные в разделе 2) со здоровьем, благосостоянием и социальным благополучием посредством причинных, прямых и непрямых отношений между ключевыми элементами данной системы (по меньшей мере, частично) посредством «концептуального треугольника»<sup>1</sup>, изображенного на рис. 3.1. Он используется для демонстрации сути проблем, отражая особую значимость финансирования системы здравоохранения для достижения основной цели всех социальных систем — социального благополучия.

Понятие социального благополучия требует некоторого пояснения. Широко известно, что здоровье, несмотря на его важность для общества, не рассматривается как окончательная цель организованных обществ. Общества скорее стремятся к положительному и устойчивому состоянию благополучия. Благополучие является понятием очень многогранным и сложным для выражения. Это не в последнюю очередь обусловлено тем, что этим понятием одновременно оперируют многие дисциплины и эксперты, при этом вкладывая в этот термин различные смыслы. В данном обзоре под социальным благополучием подразумевается полное благополучие всего общества, затрагивающее понятия счастья и качества жизни. Его можно также использовать для отражения многих других элементов, таких как качество окружающей среды, уровень преступности, доступность важных социальных услуг, а также многие религиозные и духовные стороны жизни. Целью данного исследования не является дать детальное определение этому понятию, хотя в основном руководстве действительно обсуждаются проблемы и сложности, связанные с более глубоким осознанием смысла социального благополучия (22). Термин «социальное благополучие» в первую очередь подразумевает доступ к услугам для обеспечения социального благополучия.

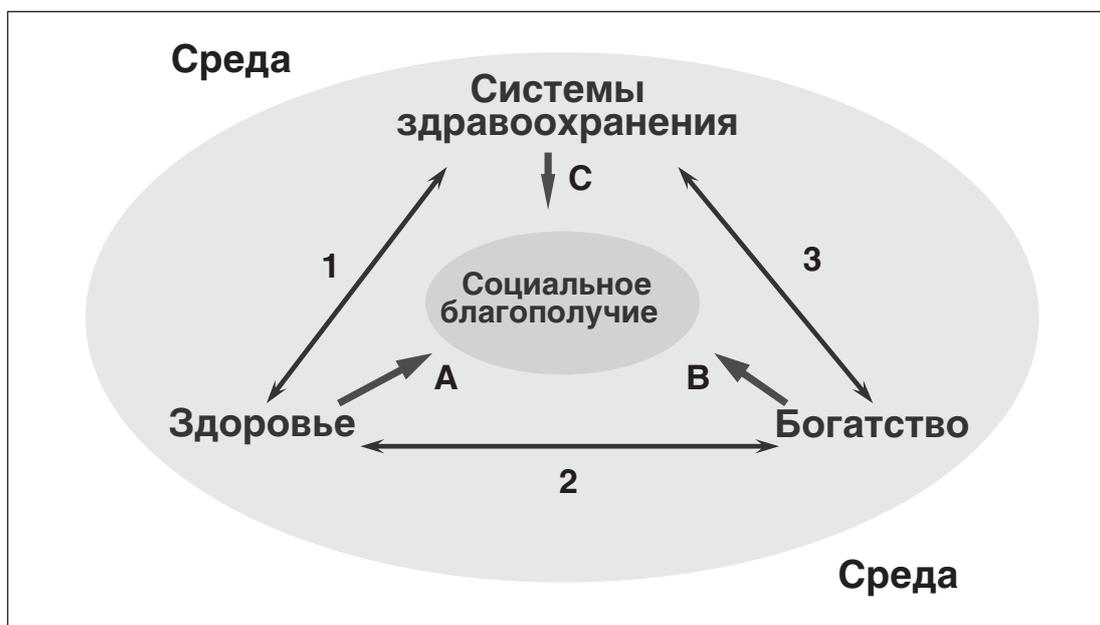
<sup>1</sup> Этот концептуальный треугольник был разработан на семинаре Европейского регионального бюро ВОЗ в Копенгагене в 2007 г. при участии Rifat Atun, Antonio Duran, Josep Figueras, Joe Kutzin, Nata Menabde и Elias Mossialos (перечислены в алфавитном порядке).

Из рис. 3.1 можно понять, что системы здравоохранения вносят свой вклад в социальное благополучие посредством трех основных путей. Во-первых, системы здравоохранения обеспечивают поддержание здоровья (см. 1), являющегося главным и неотъемлемым компонентом благосостояния (см. А), а это, в свою очередь, влияет на формирование богатства (см. 2), что также косвенно (но значимо) способствует благополучию (см. В). Во-вторых, хотя и в гораздо меньшей степени, системы здравоохранения оказывают непосредственное влияние на благосостояние как значимый компонент экономики (см. 3), которое, в свою очередь, влияет на социальное благополучие (см. В). В-третьих, системы здравоохранения непосредственно способствуют достижению социального благополучия, поскольку члены общества получают удовлетворение от существования медицинских услуг и возможности получить к ним доступ, вне зависимости от эффективности данных услуг и их реального использования (см. С). Здесь также следует рассмотреть один важный фактор — окружающую среду. Под средой понимается специфичное для конкретной страны социальное, экономическое, культурное и политическое окружение, в котором и существуют подобные отношения между системой здравоохранения, здоровьем, благосостоянием и социальным благополучием. На рис. 3.1 предпринимается попытка отразить различные среды в определении природы и степени индивидуальных причинных связей.

Существуют также «меньшие треугольники», располагающиеся в пределах главного треугольника. Такие отношения не имеют подобной важности, а потому не описываются детально в этом документе. Тем не менее важнейшие из них рассматриваются в его подразделах, включая системы здравоохранения и их вклад в здоровье и социальное благополучие; вклад здоровья в благосостояние и социальное благополучие; влияние систем здравоохранения на благосостояние.

#### Системы здравоохранения: их вклад в здоровье и социальное благополучие

На самом деле существует множество отношений, рассматриваемых организаторами здравоохранения. Наиболее важным из них является влияние систем здравоохранения на улучшение здоровья (см. 1 на рис. 3.1). Оно также находится в центре анализа в данном докладе. Влияние систем здравоохранения на здоровье включает все цели и функции СОСЗ, приведенные на рис. 2.1, а именно: здоровье; соответствие ожиданиям граждан и



**Рисунок 3.1.** Системы здравоохранения, здоровье, благосостояние и социальное благополучие: треугольник отношений  
 Источник: Этот концептуальный треугольник был разработан на семинаре Европейского регионального бюро ВОЗ в Копенгагене в 2007 г. при участии Rifat Atun, Antonio Duran, Josep Figueras, Joe Kutzin, Nata Menabde и Elias Mossialos (расположены в алфавитном порядке).

справедливость финансирования (финансовая защита и объективность в распределении финансов), которые не рассмотрены детально в данном треугольнике. Воздействие систем здравоохранения на некоторые из этих целей описаны в разделе 6: уровень здоровья (подразделы 6.2 и 6.3), неравенство в отношении здоровья (подраздел 6.4) и соответствие ожиданиям граждан (подраздел 6.5).

Мы также уделяем внимание способам улучшения систем здравоохранения (раздел 7) и повышению их эффективности посредством реформирования и оценки их деятельности. При этом признано, что для продолжительного инвестирования важно не только соотношение цены и качества, но и наличие значительного потенциального разрыва между тем, «что системы здравоохранения могут сделать теоретически» и «чего они достигли». Это обязательно должны учитывать руководители здравоохранения при распределении ресурсов.

Следует также отметить, что отношения между системами здравоохранения и здоровьем являются двухсторонними. Плохое состояние здоровья влияет на деятельность системы здравоохранения, формируя ее приоритеты и перераспределяя ресурсы между различными областями.

Помимо воздействия на здоровье системы здравоохранения вносят непосредственный вклад в социальное благополучие (см. С на рис. 3.1) посредством ценности, которую граждане придают защите здоровья. Право на защиту здоровья не является

правом быть здоровым. В большинстве обществ придается особое значение просто факту наличия организованной системы здравоохранения и возможности получения к ней доступа. Это действительно очень важно и *de facto* является фундаментальным компонентом социального единства и благосостояния (8,23).

### **Здоровье: его вклад в благосостояние и социальное благополучие**

Второй набор ключевых отношений связывает здоровье с благосостоянием и благополучием. При этом на основании главного треугольника формируется «внутренний треугольник», отмеченный на рис. 3.1. Данный аргумент рассматривается в основной части данного доклада (см. раздел 5). Вклад здоровья в социальное благополучие можно характеризовать с двух сторон. Здоровье по определению является главным составляющим компонентом благополучия (см. А на рис. 3.1). Граждане получают удовлетворение от длительной здоровой жизни и ценят здоровье вне зависимости от его экономической эффективности. Как уже отмечено, здоровье также играет важную роль в увеличении экономической эффективности, а потому и национального дохода (см. 2), что, в свою очередь, вносит неоценимый вклад в социальное благополучие (см. В). Кроме того, здоровье оказывает влияние на благосостояние (см. 2) и может обеспечить значительную экономическую прибыль при уменьшении расходов на здравоохранение. Любое

обсуждение, касающееся благосостояния, должно быть подтверждено фактами. Определение благосостояния и значения здоровья в экономических терминах достаточно затруднительно. Это обусловлено тем, что здоровье не является обычным товаром потребления. Некоторые из этих проблем рассмотрены во вставке 3.1.

**Вставка 3.1. Некоторые проблемы, касающиеся использования ВВП на душу населения в качестве меры здоровья и благополучия**

Существует по меньшей мере три основные причины для беспокойства относительно использования ВВП на душу населения как меры богатства и социального благополучия.

- Во-первых, ВВП на душу населения является не более чем суммой денежно-кредитных сделок в экономике. При этом не уделяется внимание использованию ресурсов и не проводится различий между расходами, увеличивающими благополучие, такими как многие товары потребления, и расходами, уменьшающими его, такими, как стоимость очищения от загрязнений или реагирования на преступность. Истинная цель экономической деятельности все же состоит в достижении максимального социального благополучия или благосостояния, а не только в производстве товаров.
- Во-вторых, данный подход не учитывает важность экономической выгоды от людей, не состоящих в штате сотрудников и не получающих заработную плату, однако предоставляющих значительную поддержку, например, ухаживающих за пожилыми людьми или детьми.
- Наконец данный подход не учитывает те элементы экономики, которые не являются монетаризированными, будь они отрицательными, как загрязнение окружающей среды или страх перед преступлениями, или положительными, такими как счастье или непосредственно здоровье. Неправильным является подход слишком узкого понимания вклада здоровья в благосостояние через увеличение ВВП за счет занятости части населения пенсионного возраста. Это может быть отчасти связано с переводом вклада здоровья в социальное благополучие в экономические термины, что приводит к оценке здоровья в денежных единицах. И действительно, это обычно происходит, когда человек начинает требовать премирования при выполнении работы, связанной со смертельным риском. После этого подхода, несмотря на методологические проблемы, в большом количестве исследований была определена методология того, что называется ценностью статистической жизни в «готовности заплатить» и было разработано вычисление «полного дохода» (см. подраздел 5.1).

Поскольку в центре данного анализа находится влияние здоровья на благосостояние, следует отметить, что эти отношения также являются взаимными. Как общественное, так и индивидуальное благосостояние оказывает значительное влияние на здоровье. Его воздействие бывает как прямое — через материальные условия, улучшающие биологическое выживание и здоровье, так и косвенное — через влияние на материальную сферу и контроль людей над жизненными обстоятельствами.

При этом становится возможно выстроить круговые отношения, при которых лучшее здоровье улучшает экономическую ситуацию, а лучшая экономическая ситуация улучшает здоровье. Это становится еще более важным при влиянии организаторов здравоохранения на вмешательства, направленные на улучшение здоровья, в других областях, а также при несении ими ответственности за социально-экономические показатели здоровья (подраздел 6.3).

**Системы здравоохранения: их вклад в благосостояние**

Третьи исследуемые здесь отношения, хотя и гораздо менее значимые, касаются прямого вклада систем здравоохранения в экономику (см. 3 на рис. 3.1), независимо от его воздействия на экономику. Медицинское обслуживание во многих странах является важным сектором экономики, зачастую являясь крупнейшим работодателем и играя существенную роль в качестве двигателя и потребителя технологических инноваций, исследований и разработок. И здесь необходимо сделать одно предостережение, поскольку значительное воздействие систем здравоохранения на экономику не является автоматическим оправданием для инвестирования в эту отрасль (подраздел 6.6), поскольку инвестирование в другие секторы может обеспечить лучшие результаты для здоровья. Как и в случае других рассмотренных отношений, эта «третья сторона треугольника», связывающая системы здравоохранения и благосостояние, также является двунаправленной. Широко распространен взгляд, что на здравоохранение тратятся средства, не соизмеримые с национальным доходом. Последние исследования показали, что это сложный и спорный вопрос. Воздействие экономического роста на затраты в области здравоохранения более детально рассматривается в разделе 4.

Хотя мы и считаем, что наше утверждение имеет серьезное обоснование, эта концептуальная структура должна рассматриваться с некоторой степенью осторожности. Существуют определенные проблемы, рассмотренные ниже, которые касаются ее обманчиво нормативной перспективы; силы причинных связей ее различных отношений; двунаправленной природы некоторых из этих отношений; различий в понимании и терминологии; роли среды и значения, связанного с социальным благополучием. В общих чертах они обрисованы во вставке 3.2, а более детально рассмотрены в основном руководстве.

В данном разделе исследовались сложные взаимодействия между четырьмя компонентами

динамической модели (системы здравоохранения, здоровье, благосостояние и социальное благополучие). Конечно же данная модель не позволяет установить количественные функции или инструменты, способные автоматически указать руководителям здравоохранения оптимальные инвестиционные решения. При этом также не утверждается, что инвестирование в систему здравоохранения автоматически является «правильным выбором». Эта схема скорее представляет собой структуру, способную помочь руководителям здравоохранения сбалансировать ключевые элементы в принятии решений. Наряду с тем, что данная схема имеет неточности и ограничения, она подчеркивает необходимость в измерении и оценке эффективности с целью улучшения принимаемых решений.

**Вставка 3.2. Некоторые проблемы, касающиеся треугольника отношений «системы здравоохранения, здоровье, благосостояние и социальное благополучие»**

Изображенный на рис. 3.1 треугольник является удобным графическим представлением основных взаимоотношений между системами здравоохранения, здоровьем, благосостоянием и социальным благополучием. Однако это изображение является обманчиво простым и может вводить в заблуждение. Поэтому существует ряд пояснений, которые следует принимать во внимание.

- Во-первых, несмотря на то что данная модель может показаться нормативной, она по своей природе является позитивно-описательной, описывая ряд причинных отношений, однако без оценки их относительной важности и уместности. Единственное нормативное положение относится к достижению социального благополучия (овал в центре треугольника) как конечной цели; однако это положение получило широкое принятие в большинстве Европейских сообществ.
- Во-вторых, несмотря на неоспоримую важность социального благополучия, существуют значительные различия относительно включенных в это понятие аспектов (а именно, касающиеся способов их определения), поскольку это касается социальных предпочтений и суждений об основных ценностях. Поэтому составляющие улучшения благосостояния зависят от целей и понимания идеалов конкретного общества.
- В-третьих, причинные отношения между этими компонентами не являются простыми и легко измеримыми. Существует необходимость в подробном обсуждении и соответствующем исследовании всех нюансов, прочности и природы этих связей, поскольку треугольник указывает на равенство значимости всех этих отношений.
- В-четвертых, очень большое значение имеет среда. Все отношения в этом треугольнике зависят от среды и, в особенности, от взглядов на социальное благополучие, экономической, социальной, культурной и политической ситуации или от модели организации системы здравоохранения в конкретных условиях. Из этого становится ясно, что модель нуждается в подробном рассмотрении того, как среда будет определять специфику этих отношений. Все это следует принимать во внимание для формирования выводов и создания политических уроков, подходящих для различных стран.

## 4. Переоценка стоимости

Перед инвестированием в систему здравоохранения руководители здравоохранения должны, в первую очередь, понимать, что расходы на здравоохранение неуклонно увеличиваются. В Европе наблюдается значительное повышение затрат на здравоохранение, что вызывает вполне оправданное беспокойство руководителей здравоохранения. Эта картина, однако, более запутанная, чем кажется на первый взгляд. Поэтому перед обсуждением центральных проблем данного доклада следует рассмотреть влияние стоимости. Считается, что старение населения или демографический переход, прогресс в медицине в результате внедрения новых технологий и более высокие запросы населения являются «инфляционными». Наряду с влиянием экономического роста и более высокой относительной стоимости здравоохранения эти факторы повышают затраты. Однако влияние этих проблем и взаимодействие между ними обычно понимаются плохо. В результате этого обсуждение стратегии развития в данном направлении были основаны на мифах и недоразумениях.

В данном разделе затрагивается 3-я глава основного руководства (24) для переоценки и объяснения роли воздействия статей расходов на здравоохранение. В первую очередь здесь приводятся некоторые оценки влияния демографических изменений в сочетании с другими причинами влияния стоимости на расходы в здравоохранении. Это сопровождается кратким обсуждением роли, которую играет каждый фактор: старение, новые технологии, ожидания граждан, экономический рост и основные цены в здравоохранении.

Во многих исследованиях, проводимых в различных странах, люди стремились предсказать будущие расходы на здравоохранение на основании известных демографических факторов в комбинации с другими факторами, влияющими на здоровье и экономическими аспектами. Например, Организация по экономическому сотрудничеству и развитию (ОЭСР) в прогнозе на 2005–2050 гг. (25) предсказывает значительное увеличение расходов на здоровье и общественные нужды от 7–10% (сценарий сдерживания расходов) до 13% (сценарий влияния стоимости) ВВП. Исследование Европейской комиссии (ЕК) (26) в государствах-членах ЕС продолжавшееся до января 2007 г. (EU25) прогнозирует, что комбинация затрат на здравоохранение и продолжительный уход увеличится на 1,1–3,8% ВВП Европы, в то время как исследование Всемирного банка прогнозирует увеличение ВВП в большинстве стран ЦВЕ и СНГ, хотя и в меньшей степени, чем предсказанное в EU25 увеличение

расходов (27). Однако эти данные следует рассматривать с некоторой осторожностью. Существует недостаточно данных о ныне существующих тенденциях в некоторых важных областях: уровни потребления и возможные изменения, связанные с внедрением новых технологий; связанные с возрастом расходы на здравоохранение и вероятное воздействие снижения заболеваемости и связанных со смертью затрат; и, кроме того, сложности в прогнозировании роста ВВП, особенно в странах с переходной экономикой.

### Старение населения

Несмотря на сложности измерения и моделирования, все демографические проекты соглашаются относительно одной проблемы: старение населения Европы. Это означает уменьшение населения в некоторых странах и значительное повышение доли пожилых лиц по всей Европе (вставка 4.1).

#### Вставка 4.1. Старение населения в Европе

В ближайшие десятилетия структура европейского населения значительно изменится. В проектах, разработанных для стран-членов ЕС до января 2007 г. (EU25), утверждается, что показатели рождаемости останутся на значительно более низком уровне, чем необходимо для естественного воспроизводства населения; средняя продолжительность жизни повысится на шесть лет; произойдет значительное увеличение доли пожилого населения с удвоением отношения зависимости пожилых граждан, при котором на каждого пожилого человека будет приходиться только два гражданина трудоспособного возраста, если до 2050 г. пенсионный возраст останется неизменным (26). Миграция в страны Европы позволит лишь частично компенсировать старение населения и низкую рождаемость. В странах бывшего СССР и странах ЦВЕ наблюдаются сходные тенденции, с увеличением среднего возраста населения на 10 лет к 2025 г. и уменьшением населения в 18 из 28 стран данного региона. Ожидается, что количество людей старше 65 лет в этих странах возрастет до одного человека на каждые пять человек (27).

Старение населения связано с двумя (потенциальными) проблемами в области финансирования здравоохранения: с одной стороны, повышение спроса на использование услуг здравоохранения, а с другой стороны, снижением доходов, обусловленным уменьшением доли экономически активного населения.

По поводу пользования услугами здравоохранения широко распространено мнение, что пользование услугами здравоохранения и, что более важно, увеличение расходов в этой области со временем станет значительной проблемой.

Во-первых, считается, что приближение смерти (28) является более важной причиной повышенного спроса на услуги здравоохранения, чем само по себе старение. Данные исследований показывают значительное увеличение затрат на здравоохранение в последний год жизни, в то же время «затраты на умирание» ниже в старших возрастных группах (поскольку пожилые люди получают менее интенсивное лечение в конце своей жизни). Поэтому увеличение продолжительности жизни с умиранием в среднем пожилом возрасте снизит средние затраты на умирание. Во-вторых, является очевидным застой в скорости использования услуг (наряду с уровнем их использования) в старших возрастных группах, с максимальным использованием в возрасте 80 лет, что свидетельствует о том, что увеличение доли стариков является не такой большой проблемой, как часто считается. Наконец влиянию старения на расходы в области здравоохранения все больше начинает противодействовать теория «сокращения заболеваемости», в соответствии с которой заболеваемость и инвалидность будут постепенно уменьшаться (14). Это касается молодого поколения (в том числе этих же людей в пожилом возрасте), и приведет к появлению более длинной и здоровой жизни. Данные концепции более детально рассматриваются в подразделе 5.3.

Вследствие увеличения доли пожилых лиц бремя финансирования системы здравоохранения будет распределено на меньшее количество людей. Другими словами, произойдет значительное увеличение финансовой нагрузки на молодое поколение. Иммиграция, регулирующая возрастную структуру населения, не всегда сможет скорректировать эту проблему, особенно в связи с тем, что уменьшение уровня рабочей силы по EU15 к 2050 г. может превысить 14% (29). Однако увеличение пенсионного возраста могло бы эффективно снизить эту зависимость и увеличить вклад в экономику. Данный сценарий, характеризующийся здоровым долголетием, мог бы поспособствовать некоторому уменьшению влияния на здравоохранение и социальные расходы. Например, Oliveira Martins, Duval и Jaumotte (30) утверждают, что посредством увеличения «рабочего возраста» (в настоящее время с 15 до 64) на каких-то 1–2 года, в соответствии с увеличением продолжительности жизни позволит стабилизировать количество работающего населения относительно экономически неактивного.

Можно утверждать с достаточной достоверностью и вопреки распространенному мнению, что старение не является неизбежной и неуправляемой утечкой ресурсов здравоохранения. В соответствии с новыми данными можно утверждать, что

увеличение затрат на здравоохранение, связанных со старением населения не будет таким высоким. В то же время более эффективное функционирование систем здравоохранения может минимизировать ценовое влияние старения, посредством обеспечения здорового старения, позволяющего пожилым людям сохранять экономическую активность.

### **Медицинские инновации и новые технологии**

Аналитикам свойственно считать инновации, новые технологии и медицинский прогресс главной (если не единственной) причиной увеличения затрат на здравоохранение (25,31,32,33,34). В то время как все аналитики отмечают методологические сложности в оценке воздействия технологического и медицинского прогресса, существует консенсус, что с этими процессами связано увеличение затрат на здравоохранение на 50% (34,35). Некоторые аналитики считают, что медицинский прогресс, обусловленный дальнейшим введением инновационных технологий, приведет к дальнейшему увеличению затрат, однако это не должно произойти повсеместно. Например, в настоящее время существует большое количество лекарственных препаратов, в то время как новые разрабатываемые средства обладают преимуществами перед уже доступными. Более того, цены на многие широко используемые препараты должны снизиться, поскольку они становятся недоступными для пациентов.

При рассмотрении воздействия новых технологий крайне важно различать влияние технологий на общую стоимость и на увеличение (или уменьшение) эффективности систем здравоохранения или рентабельности. Так, в то время как общие медицинские инновации последних десятилетий улучшили эффективность деятельности здравоохранения, предоставив широкий арсенал средств для лечения, диагностики и (часто) обеспечивая снижение стоимости койко-дня, в целом они обычно не приводили к снижению общей стоимости. Для этого существует множество причин. С положительной точки зрения медицинские инновации расширили спектр доступных методов лечения, позволив справляться с ранее недоступными проблемами, что привело к улучшению качества и увеличению продолжительности жизни. Однако наряду с этим медицинское обслуживание распространилось на другие области, не имеющие существенного значения. Это наблюдается в тех случаях, когда новые технологии обеспечивают лишь незначительное улучшение результатов лечения по сравнению с ранее доступными методами лечения,

а также в тех случаях, когда внедрение достижений медицинского прогресса не оправдано, например в случае их применения для лечения некоторых пациентов, при котором не произойдет значительных улучшений их состояния, но в то же время значительно повысятся расходы. Это обычно обусловлено нарушением экономических стимулов со стороны снабжения, таких, как искажение системы оплаты, приводящее к нарушению требований к поставщикам.

Поэтому в центре политической стратегии должна быть не столько сама по себе стоимость технологического развития, сколько обеспечение того, что новые технологии являются оправданными и рентабельными. Поэтому политические действия должны быть направлены на внедрение и использование наиболее подходящих технологий. При этом важно использовать ОТЗ (36) и более подходящие системы оплаты. Эти проблемы, относящиеся к повышению эффективности систем здравоохранения, рассмотрены в разделе 7.

### **Ожидания граждан**

Одним из факторов, стимулирующих (иногда неоправданно) внедрение новых технологий и увеличение влияния стоимости являются ожидания граждан. Учитывая, что скорость реагирования в настоящее время считается одной из центральных целей системы здравоохранения, сегодняшнее здравоохранение находится под все возрастающим влиянием необходимости отвечать на требования населения (что более детально рассмотрено в подразделе 6.5). Это означает, что система здравоохранения не может проигнорировать ожидания пациентов. Она, напротив, должна стараться соответствовать им или максимально приспособляться к ним. Во многих странах Европейского региона ВОЗ существуют действительно высокие ожидания относительно диапазона доступных методов лечения и качества обслуживания, которые «должны» быть доступными. Сегодня пациенты имеют лучший доступ к информации и объединения пациентов стремятся оказывать влияние на принятие решений. В некоторых странах они уполномочены через политические силы влиять на потребительский выбор. Медицинские технологии и фармацевтическая промышленность также стремятся оказывать влияние на лиц, принимающих решения, как напрямую, так и при поддержке групп пациентов. Работники здравоохранения и лица, принимающие решения, иногда находятся под интенсивным давлением относительно принятия последних доступных медицинских инноваций, зачастую независимо от их рентабельности или потенциальных потерь средств.

Поэтому в центре стратегии должно быть стремление информировать граждан, вовлекая их в дискуссию о том, что их ожидания должны отражать не только законные желания обеспечить лучшее возможное лечение, но и учитывать проблемы эффективности и рентабельности. Цель этой работы должна состоять в том, чтобы повысить соответствие потребностям граждан посредством согласия на инвестирование в рентабельные инновации без потери социального благополучия.

### **Экономический рост как ценовое влияние**

Уровень экономического роста, определяемый по уровню ВВП, рассматривается как важная переменная, объясняющая более высокие расходы. Это касается как общих затрат на душу населения, так и относительных затрат в процентах от ВВП, потраченных на здравоохранение (33). Утверждается, что здоровье является скорее роскошью, чем необходимостью. Это подразумевает, что увеличение национального дохода или богатства неизбежно приведет к повышению затрат на здравоохранение, независимо от потребности в них, что, в свою очередь, сделает лишь незначительный вклад в улучшение общественного здоровья. ОЭСР оценила, что 2,3% из 3,6% ежегодного роста расходов на здравоохранение на душу населения в странах ОЭСР с 1981 по 2004 гг. были связаны с влиянием роста доходов (25). Однако не существует однозначного ответа по гибкости затрат на здравоохранение или мнения относительно того, что здоровье является «роскошным благом». В более сложных исследованиях, касающихся более ранних методологических проблем (одномоментные исследования по сравнению с длительными, контролируемые затратами и ценовыми эффектами) были получены весьма противоречивые результаты, зависящие от года исследования, страны, методологии, уровня объединения и модели системы здравоохранения.

### **Увеличение стоимости за пользование здравоохранением**

Наконец другим часто упоминаемым, но плохо понимаемым фактором, влияющим на расходы в области здравоохранения, является относительное увеличение стоимости основных компонентов расходов на здравоохранение, таких, как лекарственные препараты, капитальные вложения и особенно заработная плата. Заработная плата имеет особую важность в здравоохранении, поскольку данный сектор обладает многими характеристиками «ремесленного производства», в значительной степени завися от человеческих ресурсов и в меньшей степени поддаваясь

воздействию рационализаторских технологических разработок, чем другие производства. Данная ситуация еще более усложняется недостатком работников. Рост производительности труда в данной области происходит относительно медленно (37), а заработная плата должна повышаться быстрее, чем производительность. Это подтверждается моделью Вагнор о «несбалансированном росте», которая основывается на опытных данных 19 стран ОЭСР, демонстрирующих, что расходы на

здравоохранение увеличиваются посредством повышения заработной платы, превосходящего рост производительности (38).

В данном разделе были проиллюстрированы различные параметры влияния стоимости на медицинское обслуживание. Разумное инвестирование в системы здравоохранения и проведение соответствующих реформ могут оптимизировать влияние стоимости.

## 5. Вклад здоровья в благосостояние и социальное благополучие

В данном разделе рассматривается «внутренний треугольник», образующийся на основании главного треугольника, геометрической и концептуальной основы описываемой модели (см. рис. 3.1, раздел 3), являющейся центральным принципом данного исследования. Основным суждением здесь является то, что здоровье (его уровень и справедливое распределение) напрямую и само по себе является основным вкладчиком в формирование социального благополучия. Кроме того, здоровье оказывает косвенное влияние на благополучие через воздействие на создание материальных ценностей (благосостояния). Это оправдывает основные инвестиции в здравоохранение до того объема, в котором системы здравоохранения улучшают здоровье.

В данном разделе резюмируются результаты всестороннего обзора фактов относительно экономических последствий плохого здоровья (39), который был подготовлен для Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения, здоровью и благосостоянию в Таллинне в июне 2008 г. Доказательства сгруппированы в четыре категории: непосредственный вклад здоровья в социальное благополучие; влияние плохого здоровья на экономическую эффективность; влияние здоровья на расходы в области здравоохранения и экономические последствия неравенства в отношении здоровья.

### 5.1 Непосредственный вклад здоровья в социальное благополучие

Любое решение относительно инвестирования в здравоохранение подкрепляется значением, приписываемым отдельными людьми и целыми обществами хорошему здоровью (как основному компоненту социального благополучия), независимо от непосредственных экономических последствий плохого здоровья. Однако количественное определение вклада здоровья в социальное благополучие или сравнение его с другими компонентами этого собирательного понятия является очень сложной задачей. Здоровье, например, не имеет рыночной стоимости как многие другие товары и услуги. Таким образом, определение его значимости связано с вовлечением сложных методологий и косвенных механизмов. Между результатами различных исследований существуют огромные отличия. Поэтому необходим осторожный и чувствительный анализ различий в значении

индивидуальных жизней в конкретных культурных и социально-экономических контекстах.<sup>1</sup>

Уровень ВВП, как уже было показано, является неадекватным способом оценки социального благополучия (вставка 3.2, раздел 3). Он предоставляет лишь ограниченную картину экономических затрат в результате плохого здоровья и преждевременной смерти. Стремления исправить это позволяют оценить значение снижения смертности для национального дохода, позволяя измерить «полный доход». Это «добавляет» «полное» значение, связанное с продолжительностью жизни, присоединяющейся к росту ВВП, что отражает общее воздействие здоровья на социальное благополучие. Usher при исследовании стран с высокими доходами около 30% экономического роста предписывал снижению смертности (40). Nordhaus в США определил, что экономическое значение увеличения продолжительности жизни в прошлом столетии примерно равнялось росту производства немедицинских товаров и услуг (41). В других исследованиях подтверждается такое же значение данного показателя. Suhrcke и соавт. (5) адаптировали этот подход для оценки кредитно-денежной ценности недавнего увеличения продолжительности жизни в ряде стран Западной Европы. При этом было установлено, что от 29% до 38% от увеличения национального ВВП с 1970 по 2003 гг. можно приписать к прибыли, связанной с улучшением здоровья. Это иллюстрирует очень существенную ценность здоровья. Данная модель также была применена к странам ЦВЕ и СНГ. При этом была продемонстрирована связь между уменьшением продолжительности жизни и потерей социального благополучия от 16% ВВП на душу населения в Молдове до 31% в Российской Федерации с 1990 по 2003 гг. Это иллюстрирует масштаб влияния ухудшения состояния здоровья в некоторых частях Европейского региона и ясно показывает, что влияние плохого здоровья выходит далеко за пределы системы здравоохранения.

<sup>1</sup> Методика определения готовности заплатить является живым примером рассмотрения здоровья как значимой ценности. Методики, связанные с ВВП, позволяют оценить насколько люди будут торговать здоровьем как вещами, обладающими известной ценой, например, при премировании за выполнение опасной работы. Это позволяет вычислить ценность статистической жизни, что, в свою очередь, позволяет определить ценность увеличения продолжительности жизни и провести параллель с экономической деятельностью, такой как ВВП.

Разумеется, эти оценки улучшения благосостояния в результате увеличения продолжительности жизни значительно упрощены. Однако тем не менее они весьма показательны в отношении влияния здоровья на благосостояние при признании важности неденежных элементов. Если прибыль, обусловленная увеличением продолжительности жизни, связана с вмешательствами в здравоохранение, то значимость таких вмешательств огромна. Расходы на здравоохранение через системы здравоохранения и другие секторы, оказывающие влияние на здоровье, могут приводить к достижению «социальной эффективности», во много раз превышающей последствия инвестирования других областей.

## 5.2 Влияние плохого здоровья на экономическую производительность труда

Существует надежное теоретическое и эмпирическое обоснование того, что человеческий капитал способствует экономическому росту. Человеческий капитал очевидным образом связан с экономическими результатами. При этом здоровье является важным компонентом человеческого капитала, из чего следует, что здоровье связано с экономическими результатами. Здоровье вносит вклад в экономику (как на индивидуальном уровне, так и на уровне всей страны, особенно в странах с высокими доходами) через увеличение производительности труда, обеспеченности рабочей силой, через навыки и сбережения, которые становятся доступными для инвестиций в физический и интеллектуальный капитал (5). Многочисленные доказательства этого как на микроэкономическом (личность и семья), так и на макроэкономическом (страна) уровнях обсуждаются в следующих разделах.

### Микроэкономические последствия

#### Производительность труда

Существует большое количество исследований на микроэкономическом уровне, показывающих, что плохое здоровье отрицательно влияет на производительность на рынке труда, что определяется по количеству заработанных денег и заработной плате<sup>1</sup>. Например, данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения показали, что (само по себе) хорошее здоровье, по сравнению с менее хорошим здоровьем, увеличивает уровень заработной платы на 22% у женщин и на 18% у мужчин. Таким же образом пропущенный по

болезни рабочий день снижает заработную плату у мужчин на 3,7%, а у женщин на 5,5% (7). Анализ Группы по домашнему хозяйству Европейского экономического сообщества (ЕЭС) показывает такие же большие различия в персональной зарплате, зависящем от общего здоровья людей в богатых европейских странах. Люди сообщают, что при «очень хорошем» или «хорошем» здоровье доходы приблизительно в четыре раза выше, чем при «плохом» или «очень плохом» здоровье (42). Существует также большое количество свидетельств отрицательного влияния факторов риска, таких как ожирение, курение и злоупотребление алкоголем на результаты работы рынка труда, выраженные в производительности труда, зарплате и участии в трудовой деятельности (43,44,45). Данная картина еще более осложняется присоединением таких показателей как плохое здоровье, бедность и опасный для здоровья образ жизни.

#### Обеспечение рабочей силой

Существуют также достаточные доказательства того, что плохое здоровье уменьшает обеспеченность рабочей силой, определяемую, например, в количестве рабочей силы или рабочем времени<sup>1</sup>. В большинстве случаев к рабочей силе относятся и люди старше 50 лет. И это особенно значимо, если учесть, что уменьшение рабочей силы в Европе является важным фактором, объясняющим относительно малую экономическую работу в Европе по сравнению с другими регионами.

В большом количестве исследований, проводимых в странах с высокими доходами, отмечается существенная роль плохого здоровья в объяснении решений на увольнение работников и исключения людей из числа работоспособного населения (вставка 5.1). Однако важность здоровья в прогнозировании количества работающего населения зависит от уровня занятости и наличия льгот для нетрудоспособного населения. Например, в некоторых странах существует политика, поощряющая людей регистрироваться как неспособных работать по болезни, а не как безработных, что усложняет интерпретацию данных.

### Макроэкономические последствия

Обращаясь к эффекту здоровья на макроэкономическом уровне, исторические исследования показали, что значительная доля сегодняшнего экономического богатства может быть напрямую

<sup>1</sup> Степень воздействия различается в зависимости от конкретного исследования (ввиду различных взглядов на здоровье и методологий), в результате чего прямое сравнение результатов по различным странам имеет ограниченную ценность.

<sup>1</sup> Опять же не существует согласия относительно величины этого эффекта в различных исследованиях (в которых используются различные меры здоровья, формы образцов и способы оценки). Таким образом, полученным результатам можно доверять лишь с осторожностью.

**Вставка 5.1. Здоровье и выход с рынка труда**

Garcia Gomez (46), используя данные исследования Группы по домашнему хозяйству ЕЭС по девяти Европейским странам, показывает, что люди, перенесшие «выраженное нарушение здоровья»<sup>1</sup>, значительно чаще теряют занятость и испытывают уменьшение доходов. В то время как величина и значение этого фактора варьируют, наибольшее влияние здоровья на экономическое благополучие отмечается в Дании, Нидерландах и Ирландии, где выраженные нарушения здоровья приводят к уменьшению доходов более чем на 7%. Другие исследования в Германии и Ирландии показывают, что выход на инвалидность снижает вероятность последующей занятости почти до 10% (47). Naqat с соавт. (48), используя те же самые данные, обнаружил, что умеренно выраженное нарушение здоровья, при прочих равных, увеличивает вероятность увольнения с работы на 50%, в то время как тяжелое нарушение здоровья увеличивает эту вероятность до 106%. Даже при наличии тяжелого заболевания в прошлом в четырех из исследуемых стран значительно снижается вероятность последующего трудоустройства, составляя от 11% до 28% для женщин и от 13% до 31% для мужчин (49).

Suhrcke, Rocco и McKee (6), используя данные Стандартов жизни, стиля жизни и здоровья по восьми странам СНГ, показали как плохое здоровье и ограничение деятельности снижает вероятность трудоустройства. Такая вероятность, по сравнению со здоровыми людьми на 6,9% ниже в Грузии, на 23% в Российской Федерации и на 30,4% в Казахстане. Эти результаты также подтверждаются во многих исследованиях по странам ЦВЕ. Например в Эстонии плохое здоровье увеличивает вероятность увольнения человека в следующем году на 6,4%, по сравнению со здоровым работником (50).

приписана прошлым достижениям в области здравоохранения. Например, было рассчитано, что около 50% экономического роста, наблюдавшегося в Соединенном Королевстве с 1780 по 1980 г. можно отнести к улучшению здоровья и питания (51). Во многих исследованиях демонстрируется, что здоровье является очень постоянным и значимым фактором, определяющим различия в экономическом росте бедных и богатых стран. Эти данные могут использоваться для прогнозирования будущих доходов на душу населения на основании снижения в стране смертности. Подобные оценки в пяти странах ЦВЕ и СНГ с низкими и средними доходами показали, что даже небольшое улучшение здравоохранения приводит к существенному росту ВВП. При сравнении с исходным сценарием без каких-либо изменений, при ежегодном снижении смертности лишь на 2% за 25 лет произойдет увеличение ВВП на 26% в

<sup>1</sup> Многие исследования, использующие данные для оценки обеспеченностью рабочей силой, изучают не только состояние здоровья в определенный момент времени, но и внезапные изменения в состоянии здоровья (так называемые, шоковые изменения состояния здоровья). Данный подход особенно эффективен в оценке влияния внешних изменений состояния здоровья на экономические показатели.

Казахстане и Российской Федерации и на 40% в Грузии и Румынии (52).

В исследованиях, ограниченных странами с высокими доходами, здоровье не всегда бывает связано с экономическим ростом, а в некоторых случаях между этими факторами наблюдается даже отрицательное соотношение. Это дает начало предположению, что при высоком уровне здоровья и доходов дальнейшие преимущества от улучшения здравоохранения являются ограниченными. В результате был создан закон убывающей доходности. Suhrcke и соавт. (53) привели доводы против этого, говоря, что отсутствие положительного эффекта может быть связано с использованием таких показателей здоровья как продолжительность жизни, которая не сильно варьирует в различных странах с высокими доходами. Они также показали, что при использовании в качестве показателя здоровья смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, здоровье действительно оказывает значительное влияние на экономический рост в странах с высокими доходами (53).

Возникает следующий вопрос: вносит ли улучшение здоровья вклад в экономический рост в странах европейского региона? Подробный ответ на него является достаточно сложным, однако факты доказывают, что при наличии здорового населения улучшаются производительность и обеспеченность рабочей силой, что и ведет к экономическому росту. Понятно, что здесь имеют место не простые линейные отношения, которые в значительной степени зависят от состояния экономики и рынка труда, уровней занятости населения, наличия ведомственного урегулирования, а также мер по обеспечению социального благополучия. Например, в случае низкой фиксированной границы пенсионного возраста возникает препятствие для вклада хорошего здоровья в экономический рост. Однако если здоровое старение сочетается с изменениями пенсионного возраста, улучшение здоровья может внести очень существенный вклад в рынок активного труда (см. раздел 4).

### 5.3 Влияние здоровья на затраты системы здравоохранения

В данном подразделе рассматривается, как плохое здоровье влияет на затраты в области здравоохранения. На протяжении многих лет аналитики спорили относительно того, будет ли сегодняшнее инвестирование в здоровье экономить материальные средства в будущем. При этом было высказано предположение, что более здоровые люди будут нуждаться в меньшем уходе, а потому произойдет уменьшение расходов. Это мнение было подкреплено важной работой Wanless в 2002 г. (12) относительно

финансовой устойчивости национальной системы здравоохранения в Соединенном Королевстве. Существует также противоположное мнение, в соответствии с которым утверждается, что улучшение состояния здоровья приведет в будущем к увеличению затрат на здравоохранение (54). Такое представление порой дает начало неверным аргументам относительно появления экономической выгоды для общества (или молодых людей внутри него) и Министерства финансов, если люди будут умирать до того как станут очень старыми и дорогостоящими. Данные в этой области не являются категоричными, однако воздействие улучшения состояния здоровья на затраты в области здравоохранения определяет четыре важные возможности, обсуждаемые ниже.

Во-первых, снижение заболеваемости и инвалидности для любого населения или в любом возрасте должно привести к снижению использования услуг здравоохранения и уменьшению затрат на него. Например, Dormont и соавт. (35) вычислили, что улучшение состояния здоровья французской популяции с 1992 по 2000 гг. привело к уменьшению затрат на здравоохранение на 8,6%. Хотя, как и следовало ожидать, другие проблемы, такие, как технологический прогресс, нивелировали эту выгоду.

Во-вторых, и напротив, увеличение продолжительности жизни в результате улучшения состояния здоровья должно привести к увеличению количества лет, в течение которых происходит накопление расходов на здравоохранение, приводя к увеличению общих расходов на медицинское обслуживание на протяжении всей жизни. Фактически доказательства стоимости медицинского обслуживания на протяжении всей жизни являются спорными, поскольку в различных исследованиях приводятся противоречащие результаты. Основным здесь является понимание трех альтернативных гипотез: увеличения заболеваемости, динамического равновесия и сокращения заболеваемости. В первом и самом печальном сценарии развития событий (увеличение заболеваемости) утверждается, что медицинское обеспечение увеличивает продолжительность жизни людей с хроническими заболеваниями без улучшения состояния их здоровья, и что долголетие увеличивает вероятность развития хронических заболеваний, что, в свою очередь, представляет собой дополнительные факторы риска для последующего ухудшения здоровья. Эти факторы приводят к увеличению продолжительности жизни людей с плохим здоровьем, что увеличивает нагрузку на системы здравоохранения. Подход динамического равновесия предполагает, что в результате увеличения продолжительности жизни количество лет, прожитых с плохим здоровьем, останется постоянным (55,56), с относительно нейтральными последствиями. Теория снижения заболеваемости

утверждает (14,15), что время появления заболеваемости и инвалидности будет отсрочено в большей степени, чем увеличится продолжительность жизни. Следовательно, произойдет уменьшение общего количества лет в состоянии плохого здоровья или нетрудоспособности, не относительное, но и абсолютное. В результате уменьшится спрос на медицинское обеспечение (см. также стоимость умирания, рассмотренную в следующем параграфе). Все увеличивается количество свидетельств в поддержку сценариев «динамического равновесия» и «сокращения заболеваемости».

В-третьих, данные относительно стоимости умирания предполагают, что лучшее здравоохранение и здоровье на протяжении всей жизни могут способствовать общей экономии средств. Значительная доля расходов на здравоохранение приходится на последний год жизни, а точнее на последние недели перед смертью. В то время как основное количество смертей в Европе происходит в (относительно) пожилом возрасте, затраты на умирание зачастую несправедливо приписывают старению, что искажает картину расходов на здравоохранение в старших возрастных группах (57,58). На самом деле стоимость умирания в пожилом возрасте ниже стоимости умирания в молодом или зрелом возрасте, поскольку пожилые люди, учитывая близость смерти, обычно лечатся менее интенсивно, что приводит к меньшим затратам (59). Это развенчивает утверждение, что старение приводит к увеличению затрат на здравоохранение на протяжении всей жизни, поскольку увеличение продолжительности жизни снижает стоимость, связанную с наиболее затратным периодом жизни человека — последним годом его жизни. Кроме того, существуют доказательства того, что человек, бывший более здоровым в прошлом, потребляет меньше ресурсов при умирании. Таким образом, «профилактика» (и более длинная жизнь) могут действительно снизить пожизненные затраты за счет положительного воздействия хорошего здоровья на стоимость умирания и снижения затрат на последнем году жизни при умирании в пожилом возрасте (60,61).

Наконец важно, чтобы организаторы здравоохранения признавали тот факт, что затраты на долгосрочный уход увеличиваются как с возрастом, так и с приближением смерти. В то время как значительная часть затрат на длительный уход относится к области социального ухода (индивидуальные сиделки), они безусловно являются значимыми для благосостояния и социального благополучия. Поэтому при рассмотрении воздействия здоровья на долголетие следует принимать во внимание тот факт, что сбережения в системе здравоохранения могут увеличить влияние на сектор социального ухода.

Несмотря на значение ухода, оказываемого вне системы здравоохранения, считается несостоятельным мнение, что улучшение здоровья неизбежно приведет к увеличению общих затрат на здравоохранение. При этом картина запутывается в связи со здоровым старением, приводящим к снижению ряда затрат на здоровье, а в некоторых обстоятельствах, даже к снижению общих затрат на здоровье. Существуют также и другие влияния стоимости, однако маловероятно, что сбережений от здорового старения будет достаточно для возмещения последствий использования новых технологий или роста ожиданий (раздел 4). Они продолжают оставаться проблемой для организаторов здравоохранения. Улучшение здоровья населения при наилучшем развитии ситуации должно привести к снижению темпов роста расходов на здравоохранение.

#### **5.4 Экономические последствия неравенства в отношении здоровья**

В трех предыдущих разделах основное внимание уделялось влиянию улучшения уровня здоровья на экономику и социальное благополучие. Данный раздел посвящен равенству в отношении здоровья среди населения. При этом учитываются данные главы 7 основного руководства (62) и последняя публикация ЕС (42).

Равенство в отношении здоровья является фундаментальной социальной целью и имеет огромную важность для систем здравоохранения. Аргументы для вложения средств, направленного на достижение равенства в отношении здоровья, примерно те же, что и описанные выше. Неравенство в отношении здоровья подрывает экономическую деятельность, повышает общественные затраты и уменьшает социальное благополучие.

Во-первых, не вызывает сомнений влияние неравенства в отношении здоровья на общую экономическую производительность. Анализ данных ЕЭС (подраздел 5.2) показал, что негативное влияние на здоровье, участие в трудовой деятельности и доходы было выше среди лиц с более низким уровнем образования. Эти данные использовались в работе, направленной на «выравнивание» ситуации, в результате которой в группах с более низким уровнем образования должно было увеличиться количество людей с «очень хорошим» или «хорошим» здоровьем до такого же уровня здоровья, как у людей с высшим образованием в той же самой стране. В получающейся модели потери доходов, связанные с

неравенством в отношении здоровья, составили около 1,4% от ВВП или 141 миллиард евро в год в целом по EU25 (42).

Во-вторых, данные ЕЭС подтвердили, что неравенство в отношении здоровья влияет на расходы в области здравоохранения и социальной безопасности. Плохое здоровье связано с более высокой частотой посещения поликлиник (врачей общей практики и узких специалистов), а также с более высоким уровнем госпитализации. Сценарий «выравнивания» способен уменьшить частоту посещения поликлиник на 16%, а уровень госпитализации на 22%. При этом произойдет сбережение 26 миллиардов евро и 59 миллиардов евро, соответственно. При применении этих данных к медицинскому обслуживанию влияние неравенства в отношении здоровья на стоимость здравоохранения составит около 20% от общих затрат в EU25. Подобный подход демонстрирует, что связанное с уровнем образования неравенство в отношении здоровья составляет 25% затрат на пособия по нетрудоспособности и 3% от затрат на пособия по безработице, что в общей сложности составляет около 15% от общей стоимости систем социального обеспечения (42).

Наконец появляется значительное неравенство в социальном благополучии, как вследствие прямого ухудшения здоровья, так и вследствие неравенства в отношении здоровья различных европейских обществ. Используя описанные выше подходы, можно определить количество лет жизни, потерянных в результате смертности. Показано значительное воздействие неравенства в отношении здоровья на экономику. При этом в EU25 ежегодно теряется 1000 миллиардов евро или 9,4% от ВВП (42).

Представленные в разделе 5 данные очевидно доказывают, что плохое здоровье отрицательно влияет на экономическое положение как отдельных граждан, так и целых стран, значительно повышая затраты на здравоохранение. Это демонстрирует, насколько хорошее здоровье и равенство в отношении здоровья могут обеспечить преимущества как на микро-, так и на макроэкономическом уровне и позволить снизить будущие затраты на здравоохранение. Несмотря на то что эти преимущества нельзя точно выразить экономическими терминами, население Европы придает очень большое материальное значение хорошему здоровью. Поэтому преимущества хорошего здоровья в области социального благополучия огромны. Кроме того, большое значение имеют и преимущества от хорошего финансирования системы здравоохранения.

## 6. Оценка влияния систем здравоохранения

Приведенные в предыдущих разделах факты говорят, что улучшение здоровья населения, включая как уровень здоровья, так и его распределение благоприятно сказывается как на национальной экономике, так и на социальном благополучии. Это поддерживает суждение, что общества должны вкладывать средства в здравоохранение. Однако когда руководители здравоохранения рассматривают возможности значительных инвестиций, они должны оценить, в какой степени системы здравоохранения оказывают влияние на здоровье, и предположить соотношение цены и качества.

Основное внимание в данном разделе сосредоточено на «левой стороне» концептуальной структуры «внутреннего треугольника», связывающего системы здравоохранения, здоровье и социальное благополучие. Здесь также рассматриваются все цели и функции СОСЗ, которая включает здоровье (уровни и равномерность), реагирование и справедливость финансирования (финансовая защита и равенство при распределении финансовых фондов), хотя все эти факторы не могут быть рассмотрены исчерпывающе. Скорее обсуждение здесь сосредоточено на влиянии систем здравоохранения на здоровье, рентабельности ряда доступных вмешательств, а также выражение проблем равенства и реагирования на запросы населения.

В данном разделе:

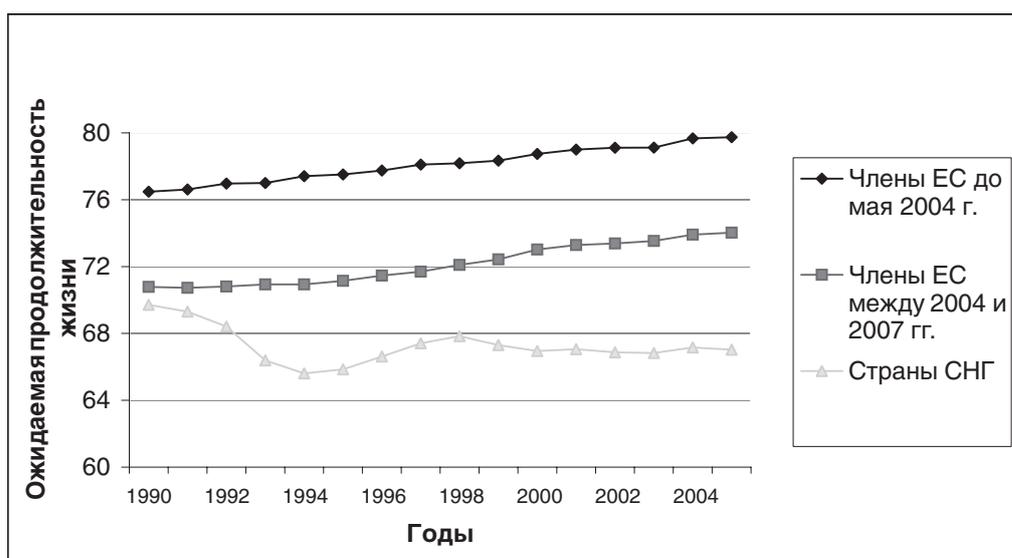
- рассматривается характер проблем со здоровьем в Европе, обрисовывается в общих чертах перечень основных групп заболеваний и состояний наряду с факторами риска их развития, а также указывается их конкретное воздействие на экономику (подраздел 6.1);
- рассматривается роль медицинского обслуживания (как на индивидуальном так и на популяционном уровнях) в обеспечении здоровья (подраздел 6.2);
- оценивается вклад профилактики и вмешательств в медицинское обслуживание и другие значимые секторы, признавая роль систем здравоохранения в качестве руководящего органа по отношению к детерминантам здоровья в других областях (подраздел 6.3);
- оценивается влияние систем здравоохранения на неравенства в отношении здоровья (подраздел 6.4);
- обсуждается роль медицинского обслуживания в увеличении реагирования на запросы населения (подраздел 6.5).

Совокупность этих элементов иллюстрирует влияние, которое хорошо управляемая система здравоохранения может оказать на желаемые социальные цели и выдвигает на первый план некоторые из хорошо функционирующих вмешательств, таким образом утверждая очень существенный потенциал для инвестирования в системы здравоохранения. Данный доклад, однако, не может дать исчерпывающий отчет о доступных вмешательствах в системах здравоохранения и их относительной эффективности. Более того, значение альтернативных вариантов инвестирования может быть оценено только в контексте конкретной страны и будет, конечно, значительно зависеть от деятельности системы здравоохранения и ее способности к изменениям. Эта ключевая проблема рассматривается в разделе 7.

### 6.1 Характер проблем со здоровьем в Европе

Руководители здравоохранения должны хорошо понимать основные проблемы здравоохранения в Европе и их социально-экономические последствия перед рассмотрением вопроса относительно инвестирования во вмешательства в системы здравоохранения, направленные на улучшение здоровья. Данный раздел сформирован из политического резюме, подготовленного для Министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения (Таллинн, июнь 2008 г.) (63). В нем рассматриваются бремя болезней, факторы риска (которые находятся в области досягаемости для вмешательств на уровне общественного здравоохранения) и воздействие на экономику некоторых основных проблем со здоровьем в Европейском регионе ВОЗ.

Обсуждение происходит в «положительном» контексте, поскольку за последние годы в Европе произошло улучшение здоровья. В 2005 г. ожидаемая средняя продолжительность жизни при рождении составила 74 года для всего Европейского региона ВОЗ. Однако это скрывает значительные вариации по различным регионам, с диапазоном средней продолжительности жизни от 65 лет в Российской Федерации до 81 года в Исландии. Во многих странах ЦВЕ состояние здоровья значительно хуже по сравнению со средним в регионе. В странах, бывших членами ЕС до мая 2004 г. (EU15) продолжительность жизни на 2005 г. составляла 79 лет, по сравнению со средней продолжительностью жизни в 74 года после 2004 г. по новым странам-членам ЕС и с 67-летней средней продолжительностью жизни по странам СНГ (64) (рис. 6.1). Кроме того, даже



**Рисунок 6.1.** Тенденции ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 1990–2004 гг.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (64).

в странах с высокой продолжительностью жизни заболеваемость является значимой проблемой для общества в отношении экономики и социального благополучия.

### Бремя болезней

Среди бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ преобладают неинфекционные заболевания, составляющие около 77% от всей заболеваемости. Внешние повреждения и отравления составляют 14% заболеваемости, а инфекционные заболевания лишь 9% (65). В табл. 6.1 приводится структура заболеваемости с указанием 10 основных групп заболеваний на региональных и субрегиональных уровнях по Европе. На субрегиональном уровне наблюдается значительно большая частота травм и инфекционных заболеваний в странах ЦВЕ (Eur-B) и СНГ (Eur-C), по сравнению со странами Западной Европы (Eur-A), однако тем не менее основные четыре группы заболеваний по всем группам стран отличаются лишь своим порядком в списке распространенности. В табл. 6.1 отмечается, что основными проблемами Европейского региона являются сердечно-сосудистые заболевания, депрессия, злокачественные новообразования и травмы, что отражает необходимость в использовании различных стратегий вмешательства в здравоохранение, зависящих от местных обстоятельств и потребностей. То же самое касается пола, поскольку, несмотря на сходное распределение проблем со здоровьем, среди мужского и женского населения в этом отношении существуют значительные различия, требующие

различных подходов<sup>1</sup>. Подобным образом, данные табл. 6.1 не показывают различий в структуре заболеваемости среди особых групп населения (эмигранты, подростки), а также среди групп риска (таких, как внутривенные наркоманы). Кроме того, данная таблица не отражает особые состояния (такие, как ВИЧ), которые могут не иметь большого абсолютного значения, но очень важны в отдельных странах и регионах и имеют большое значение как для защиты здоровья, так и для социального благополучия.

### Влияние факторов риска на плохое состояние здоровья

Наряду с самими заболеваниями огромное значение имеют факторы риска. В табл. 6.2 приведена оценка ВОЗ относительно связи смертности и числа лет, потерянных в связи с нетрудоспособностью (DALYs) с основными факторами риска в развитых странах. Эти данные позволят руководителям обратить внимание на большое значение отдельных факторов риска для проведения соответствующих профилактических мероприятий и межотраслевых вмешательств. Однако, как отме-

<sup>1</sup> Среди проблем со здоровьем у мужчин доминируют сердечно-сосудистые заболевания (22,95%), психоневрологические состояния (17,15%), травмы 12,55% и злокачественные новообразования 11,25%. подобная ситуация наблюдается и у женщин: основными проблемами со здоровьем являются сердечно-сосудистые заболевания (22,82%), психоневрологические состояния (22,52%) и злокачественные новообразования (11,63%), в то время как травмы встречаются реже (5,45%) (65).

Таблица 6.1. 10 основных групп заболеваний в Европейском регионе ВОЗ и субрегионах\*

Eur-A		Eur-B		Eur-C		Регион	
Причина	% в сут-ки						
Психоневрологические состояния	26,55	Сердечно-сосудистые заболевания	21,69	Сердечно-сосудистые заболевания	28,58	Сердечно-сосудистые заболевания	22,90
Сердечно-сосудистые заболевания	17,09	Психоневрологические состояния	18,71	Травмы	21,03	Психоневрологические состояния	19,52
Злокачественные новообразования	16,53	Травмы	10,77	Психоневрологические состояния	14,06	Травмы	13,93
Травмы	7,89	Злокачественные новообразования	8,72	Злокачественные новообразования	8,74	Злокачественные новообразования	11,42
Респираторные заболевания	6,59	Инфекционные и паразитарные заболевания	5,41	Заболевания ЖКТ	5,06	Заболевания ЖКТ	4,92
Заболевания органов чувств	4,77	Заболевания ЖКТ	5,04	Инфекционные и паразитарные заболевания	4,49	Респираторные заболевания	4,48
Заболевания ЖКТ	4,67	Перинатальные состояния	4,22	Заболевания органов чувств	3,56	Заболевания органов чувств	4,14
Заболевания костно-мышечной системы	4,25	Заболевания органов чувств	4,21	Заболевания костно-мышечной системы	3,16	Инфекционные и паразитарные заболевания	3,77
Сахарный диабет	2,14	Респираторные заболевания	4,10	Респираторные заболевания	2,93	Заболевания костно-мышечной системы	3,75
Инфекционные и паразитарные заболевания	1,72	Респираторные инфекции	4,04	Респираторные инфекции	1,48	Респираторные инфекции	2,07

Источник: ВОЗ, 2004 (65).

Примечания: \* доля годов жизни, потерянных в связи с нетрудоспособностью, по субрегиону ВОЗ (Eur-A: Западная Европа; Eur-B: CBE; Eur-C: страны СНГ).

чено выше, важно учитывать, что даже на субрегиональном уровне эти данные являются просто средними числами. Как обсуждено выше, практические мероприятия всегда должны основываться на детальной оценке структуры заболеваемости в конкретной стране, а в крупных странах также следует учитывать ситуацию на субнациональном и региональном уровнях. Необходимо также учитывать динамику изменений заболеваемости и факторов риска в течение длительного времени в различных возрастных группах.

Однако, несмотря на эти ограничения, в табл. 6.2 дается объяснение смысла факторов риска, главным образом относящихся к европейским странам: факторы риска, связанные с питанием, гиподинамией и вредными привычками (особенно табакокурением), обеспечивающие наибольший вклад в повышение числа лет, потерянных в связи с нетрудоспособностью, и смертности.

Соотнесение приведенной информации с национальными и региональными данными должно сформировать основу для определения приоритетных профилактических вмешательств.

### Влияние на экономику основных проблем со здоровьем

Как было показано ранее (раздел 5), плохое здоровье оказывает выраженное негативное влияние на социальное благополучие, экономические затраты и расходы в области здравоохранения. В данном документе обсуждается воздействие основных причин ухудшения здоровья в Европейском регионе ВОЗ в свете этих трех экономических позиций, но с учетом специфичных для конкретного заболевания затрат, полученных из специальных исследований стоимости заболеваний. Несмотря на то что проведение исследований по изучению

Таблица 6.2. Связь смертности и DALY по данным за 2000 г. с некоторым факторами риска и полом в развитых странах<sup>1</sup>

	Смертность (%)		DALY (%)	
	М	Ж	М	Ж
Факторы риска, связанные с питанием и гиподинамией				
Артериальная гипертензия	20,1	23,9	11,2	10,6
Повышенный уровень холестерина	14,5	17,6	8,0	7,0
Ожирение	9,6	11,5	6,9	8,1
Низкое потребление фруктов и овощей	7,6	7,4	4,3	3,4
Гиподинамия	6,0	6,7	3,3	3,2
Зависимости				
Курение и жевание табака	26,3	9,3	17,1	6,2
Злоупотребление алкоголем	8,0	-0,3	14,0	3,3
Наркомания	0,6	0,3	2,3	1,2
Профессиональные факторы риска	1,8	0,3	2,3	0,7
Факторы риска для полового и репродуктивного здоровья	0,2	0,6	0,5	1,2
Факторы риска, связанные с окружающей средой	2,1	2,0	2,0	1,7
Недостаточное питание матерей и детей	0,2	0,3	1,0	1,5
<i>Общее количество смертей или DALYs (тысячи)</i>	<i>6 890</i>	<i>6 601</i>	<i>117 670</i>	<i>96 543</i>

<sup>1</sup> Это сокращенная версия таблицы, приведенной McDavid с соавт. (2008, в печати) (66). В процессе группировки стран на регионы в соответствии с уровнем экономического развития, ВОЗ (2002) (67) различает три региона: развивающиеся страны с низкой смертностью, развивающиеся страны с высокой смертностью и развитые страны. К последней категории относится весь Европейский регион ВОЗ.

Источники: McDavid, Suhrcke и Shiell, 2008 г. (в печати) (66); ВОЗ, 2002 (67).

стоимости заболеваний<sup>1</sup> связано с множеством методологических трудностей<sup>2</sup>, их результаты проливают свет на экономический эффект некоторых основных проблем со здоровьем. Таким образом, наряду со доказательствами рентабельности доступных вмешательств, они могут помочь руководителям здравоохранения установить приоритетные области для инвестирования.

<sup>1</sup> Все эти исследования относятся к описанным выше трем категориям. При этом затраты разделяются на три компонента: непосредственные затраты на сектор здравоохранения (расходы на здравоохранение); косвенные затраты, обычно определяющие производительность, потерянную в результате заболевания (экономическая стоимость) и нематериальные затраты или психологические издержки, такие как боль и страдание (благополучие), которые, однако, тоже можно выразить в денежных единицах.

<sup>2</sup> Исследования стоимости заболеваний, несмотря на унифицированные классификационные схемы, могут значительно отличаться относительно того как и какие затраты они вычисляют. Они также не в состоянии определить направление причинной связи в отношениях между здоровьем и экономическими последствиями.

Основной причиной плохого здоровья в Европе являются сердечно-сосудистые заболевания. Затраты, связанные с ними, оцениваются более чем в 168 миллиардов евро в год по EU25, из которых 60% затрачивается на системы здравоохранения (68). В исследованиях по определению экономического эффекта распространенных факторов риска для сердечно-сосудистых заболеваний и других распространенных проблем со здоровьем было оценено, что затраты на лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы в сочетании с ожирением составляют от 1,5% до 4,6% от общих расходов на здравоохранение во Франции (69), 1,9% от общих расходов на здравоохранение в Швеции (70) и 4,6% от общих расходов на здравоохранение в Соединенном Королевстве (71). Это дает некоторое представление о важности данной проблемы и потенциальных преимуществ рационального и эффективного инвестирования данной области.

Подобным же образом, одной из основных проблем в Европе является депрессия, которая в странах

EU25 приводит к самому большому количеству затрат на лечение (64%), оцененных в 118 миллиардов евро в год. Однако в данном случае большая часть затрат приходится не на систему здравоохранения, что обусловлено большой частотой пропусков рабочего времени и преждевременным уходом работников на пенсию (72). Однако данная оценка может быть консервативной; исследования в США проводились с учетом снижения «выработки» в результате депрессии, то есть уменьшения производительности труда при продолжении работы. При этом считается, что затраты на снижение производительности труда приблизительно в пять раз превышают затраты неявки на работу (73, 74). Этот фактор также является очень важным показателем для выбора направлений вложения материальных ресурсов.

Другой важной причиной плохого здоровья в Европе является злоупотребление алкоголем. Затраты на борьбу с расстройствами, обусловленными злоупотреблением алкоголем, составили для Европейских экономических систем около 1% их ВВП (75). Ежегодно в EU25, в связи с этой проблемой, происходит 115 тыс. смертей, при этом общие затраты составляют 125 миллиардов евро. Даже учитывая благоприятное воздействие умеренного употребления алкоголя на факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, злоупотребление алкоголем, также как и депрессии, оказывает свое основное негативное влияние вне здравоохранения, посредством снижения производительности, повышения уровня преступности и насилия (76).

Наконец, обращаясь к экономическим затратам на травмы и дорожно-транспортные происшествия, следует отметить, что экономический ущерб от них составляет 2% Европейского ВВП или 180 миллиардов евро в год (65). Травмы являются основной причиной госпитализации и смертности среди людей до 50 лет в ЕС. Данные относительно этой проблемы достаточно разрозненные, но с уверенностью можно предполагать, что частота травм, а, следовательно, и экономический ущерб от них выше в Восточной Европе. То же самое можно сказать относительно преднамеренных самоповреждений, хотя здесь опять же доступны данные лишь по Западной Европе. Результаты исследований по Ирландии и Шотландии показывают, что экономический ущерб от каждого состоявшегося самоубийства составляет около 2 миллионов евро (77). Приведенные данные в очередной раз демонстрируют проблемы, на решение которых выгодно затрачивать средства.

## **6.2 Спасает ли медицинское обслуживание жизни? Вклад медицинского обслуживания в общественное здоровье**

При рассмотрении руководителями здравоохранения возможностей для инвестиций, им необходимо обладать доказательствами того, что системы здравоохранения могут обеспечить достижение своей конечной цели — улучшения здоровья. Поскольку системы здравоохранения играют интегративную роль, воздействуя на деятельность других секторов, в данном разделе уделяется внимание особой роли медицинского обслуживания в улучшении здоровья. Под медицинским обслуживанием<sup>1</sup> понимаются все профилактические, лечебные, реабилитационные или паллиативные вмешательства, направленные на отдельных индивидуумов и на все общество (раздел 2). В следующем подразделе (6.3) уделяется внимание общественному здравоохранению, относящемуся и не относящемуся к медицинскому обслуживанию, и, в первую очередь, профилактическим мероприятиям.

Остается открытым вопрос: спасает ли медицинское обслуживание жизни? Подобный вопрос может казаться несерьезным, однако он отражает предмет длительных и противоречивых споров. В 1960-х гг. такие аналитики как Mc-Keown и Illich (78, 79) утверждали, что медицинское обслуживание делает лишь незначительный вклад в общественное здоровье. Основные преимущества здоровья они видели в качестве социального и экономического прогресса, а также улучшения окружающей среды. Эти исследователи представляли роль медицинского обслуживания в улучшении здоровья как незначительную или даже негативную (79). Аргумент, что здравоохранение имеет небольшое значение, возможно, соответствовал истине в момент написания этих сообщений, в которых использовались данные только до середины 1960-х гг. (80). Однако с тех пор возможности и качество здравоохранения изменились почти до неузнаваемости, что, разумеется, отразилось во влиянии на здоровье. Тем не менее влияние идей этих авторов ощущается и сегодня. В данном разделе приводятся некоторые доводы, оспаривающие старые утверждения. Здесь приводится оценка общего вклада медицинского обслуживания (на индивидуальном и популяционном уровнях) на здоровье. Это затрагивает главу основного руководства, которая основывается на более значимой работе тех же авторов (81, 82).

<sup>1</sup>Здесь мы попеременно используем термины медицинское обслуживание и здравоохранение.

### Приписывание показателей здоровья населения вмешательствам здравоохранения

Организаторы здравоохранения могут и должны защищать положительный вклад систем здравоохранения в здоровье населения. Однако приписывание улучшения здоровья населения вмешательствам в области здравоохранения является далеко не простой задачей. В особых случаях (например, вакцинация от оспы, использование инсулина для лечения сахарного диабета 1-го типа или химиотерапия при раке яичка) роль медицинского обслуживания является очевидной. Однако во многих других обстоятельствах ситуация не является настолько же понятной. Это главным образом связано с тем, что результаты являются заслугой не только здравоохранения. На преждевременную смертность также влияют факторы, не относящиеся к медицинскому обслуживанию, такие как образование, обеспеченность жильем и занятость.

Данные по «предотвратимой смертности» (83,84) или «смертности, поддающейся медицинской коррекции» (85) могут помочь выделить масштаб влияния медицинского обслуживания на уровень здоровья. Хотя при этом нельзя забывать, что получающаяся картина является скорее показательной, чем категорической. К этим показателям также относят «неоправданные преждевременные смерти», являющиеся результатом состояний, при которых смерть не должна наступать при обеспечении своевременного и эффективного лечения. Среди примеров можно привести смерти в возрасте до 75 лет от таких состояний как рак молочной железы, бронхиальная астма и острый аппендицит. Однако этот подход имеет ограничения. Он требует трудоемкой оценки, учитывающей большое число людей, сосредотачивается скорее на смертности, чем на других результатах деятельности системы здравоохранения, а также по умолчанию приписывает смертельные исходы работе медицинского обслуживания, что не всегда соответствует действительности. Тем не менее данная концепция имеет исключительную важность как средство, позволяющее оценить влияние медицинского обслуживания на здоровье, значимость здравоохранения и его эффективность, а также провести сравнение между различными странами в течение большого времени.

При развитии данного подхода были предприняты попытки разделить «преодолимую» смертность на случаи, которые «поддаются медицинской коррекции» (лечение и профилактика) и «предотвратимые» случаи, которые считаются поддающимися вмешательствам, находящимся вне прямого контроля системы здравоохранения, например рак легкого и цирроз печени (которые

можно предотвратить посредством проведения политических реформ, направленных на борьбу с курением и злоупотреблением алкоголем). Это позволяет лучше дифференцировать результаты улучшений в медицинском обслуживании от влияния политических решений вне сектора здравоохранения (рассматривается в следующем разделе).

Концепция «индикатора» (86) дополняет подход «преодолимой смертности». Она основывается на предпосылке, что наблюдение за рядом специально отобранных проблем со здоровьем может указать как на работу медицинского обслуживания, так и установить функции, которые могли бы быть улучшены. Индикаторы и область здравоохранения, которую они отражают, включают заболевания, предотвратимые посредством вакцинации (устойчивость стратегии общественного здравоохранения); неонатальную смертность (доступ к медицинскому обслуживанию); сахарный диабет (качество деятельности системы здравоохранения) и выживаемость при некоторых злокачественных новообразованиях (координация между различными уровнями оказания медицинской помощи). Данное понятие близко связано с определением эффективности деятельности и более подробно рассмотрено в разделе дополнительного руководства, в котором рассматривается эффективность деятельности (86), однако здесь также описывается природа влияния этих факторов.

### Насколько большое значение имеет медицинское обслуживание?

Данные о смертности, связанной с предотвратимыми состояниями и состояниями, поддающимися лечению, а также концепция индикатора, показывают, что уровень общественного здоровья может быть по меньшей мере отчасти связан с медицинским обслуживанием. При этом логично спросить, насколько же большое значение в действительности имеет система здравоохранения. Ранее проведенные исследования эффективности «ключевых» вмешательств в здравоохранение показали, что примерно половина общего увеличения продолжительности жизни в США (около 7,5 лет за 40 лет с 1950 по 1990 гг.) может быть приписана клиническому (вторичному) профилактическому и лечебному обслуживанию (87).

В дальнейших исследованиях для оценки влияния систем здравоохранения использовалось количество смертей от ишемической болезни сердца, одной из наиболее значимых причин смертности в Европе. Исследование, проводимое в Новой Зеландии показало, что 42% от снижения смертности от ишемической болезни сердца с 1974 по 1981 гг. можно приписать медицинскому обслуживанию.

нию (88). В исследовании в Нидерландах за этот же период утверждается, что на 46% снижение смертности от этого заболевания можно приписать таким медицинским вмешательствам как аортокоронарное шунтирование, в то время как 44% от этого эффекта принадлежит профилактическим мероприятиям, таким как кампании по борьбе с курением (89). В целом существует широко принятое соглашение, что от 40 до 50% эффекта по снижению смертности от ишемической болезни сердца можно приписать усовершенствованию системы здравоохранения.

Nolte и McKee изучили «преодолимую» смертность (от поддающихся лечению и предотвратимых причин) в Европе (81). Их данные четко доказывают, что улучшение доступа к эффективному медицинскому обслуживанию (под которым понимается первичная и госпитальная помощь, а также мероприятия по вторичной профилактике) делает значительный вклад в увеличение продолжительности жизни до 75 лет с 1980-х гг. в большинстве стран Европы. Наибольший вклад был достигнут за

счет снижения детской смертности, однако имеют значение и улучшения медицинского обслуживания людей среднего возраста, например, в Дании, Франции, Нидерландах, Швеции и Соединенном Королевстве. Важно отметить, что скорость снижения предотвратимой смертности с 1990-х гг. стала замедляться, хотя, в то же время, эта скорость продолжает снижаться даже в странах с ранее достигнутыми низкими уровнями этого показателя, что демонстрируется на примере 19 промышленно развитых стран с 1997–1998 по 2002–2003 гг., хотя масштаб и темп изменений варьируют (82). Наибольшее снижение предотвратимой смертности наблюдается в странах с первоначально наибольшим уровнем данного показателя, включая Финляндию, Ирландию, Португалию и Соединенное Королевство. Уровни снижения являются довольно значимыми, не зависят от благосостояния исследуемых стран; они составляют в среднем 23% от общей смертности в возрасте до 75 лет у мужчин и 32% у женщин. Всего за пять последних лет снижение предотвратимой смертности по всем странам



**Рисунок 6.2.** Сравнение уровней смертности от поддающихся лечению заболеваний, на основании стандартизированных показателей по возрасту наступления смерти на 100 000 населения в 19 странах ОЭСР, 1997–1998 и 2002–2003 гг.

Источники: Составлено на основании базы данных Всемирной организации здравоохранения по смертности; Nolte и McKee, 2008 (82).

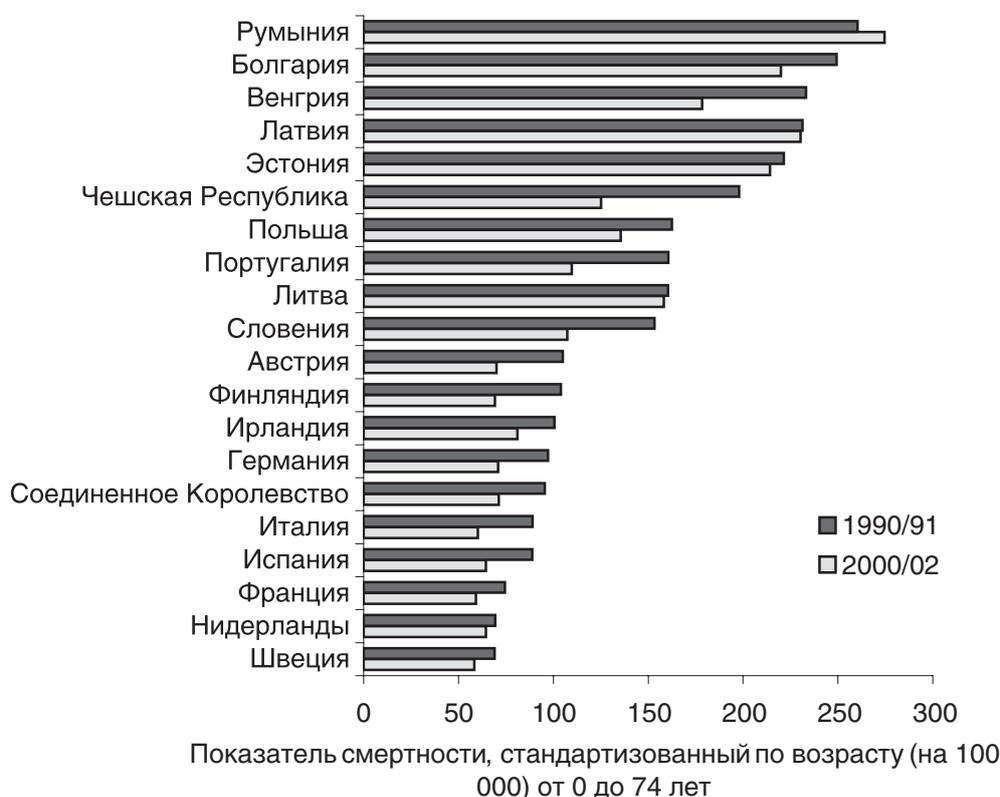
Примечания: <sup>1</sup> Объединены оба пола; СПС: стандартизированный показатель смертности; Дания: 2000–2001; Швеция 2001–2002; Италия, США: 2002

составило в среднем 17%. На рис. 6.2 отражаются тенденции для этих 19 стран.

В подобном исследовании (90) рассматривались изменения в предотвратимой смертности по 20 государствам-членам ЕС с 1990 по 2002 гг. При этом были выделены «поддающиеся лечению» состояния (состояния, на которые можно повлиять посредством медицинских вмешательств) и «предотвратимые» состояния (которые считаются поддающимися вмешательствам, находящимся за пределами непосредственного управления систем здравоохранения) (82). При этом было показано, что во многих странах ЕС наблюдается значительное снижение смертности от поддающихся лечению (рис. 6.3) и предотвратимых (рис. 6.4) причин. В данном исследовании также была показана значимость смертности от поддающихся лечению состояний, которая составляла от 13% до 30% от общей смертности у мужчин в возрасте до 75 лет (Нидерланды и Болгария, соответственно) и от 26% до 44% у женщин (Швеция и Румыния, соответственно). В отношении предотвратимой смертности значимость составила от 10% до 21% у мужчин (Швеция и Италия) и от 4% до 11% у женщин (Болгария и Венгрия) (90). Это исследование служит напоминанием о высоком уровне смерт-

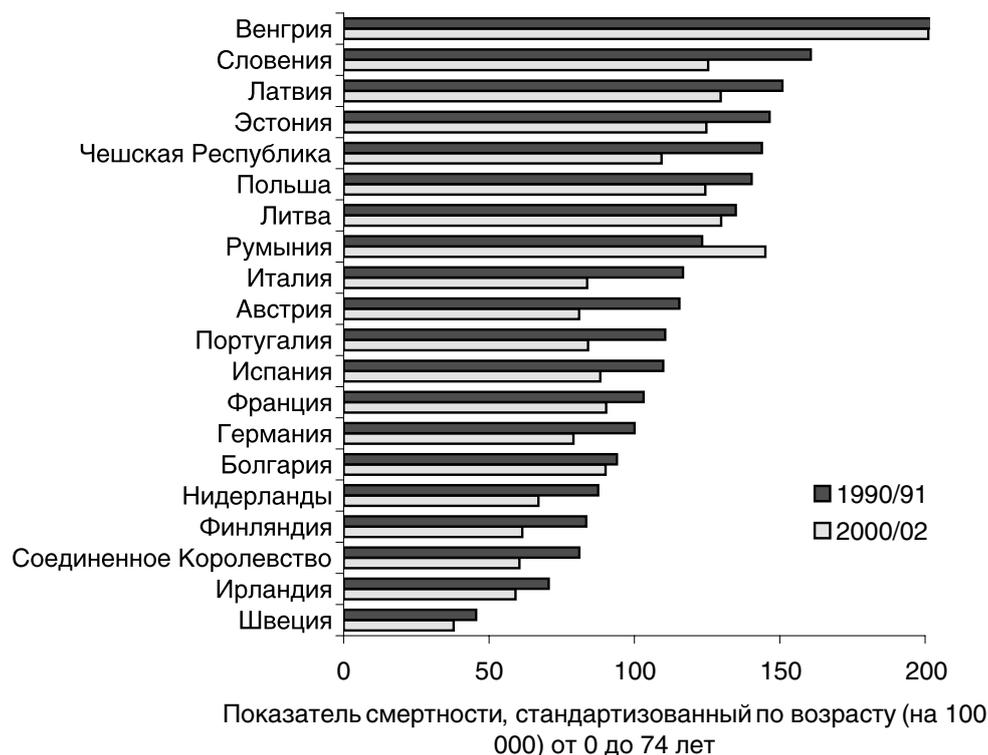
ности от поддающихся лечению причин в Восточной Европе, выявляя сохраняющееся неравенство между Востоком и Западом (90). Во многих странах данная ситуация вызывает особое беспокойство ввиду отсутствия значимого снижения с середины 1990-х гг.

Опять же следует подчеркнуть, что приведенные выше данные отражают способность медицинского обслуживания влиять на уровень здоровья. В то же время данные показатели отражают влияние других частей системы здравоохранения и других секторов, которые будут рассмотрены ниже. Приведенные данные не являются исчерпывающими. Они касаются исследований в отдельных странах и в определенное время, но не отражают ситуацию во всем Европейском регионе или многообразии конкретных условий. Однако, несмотря на приведенные методологические недостатки, полученные данные подтверждают тот факт, что эффективное здравоохранение и его усовершенствование оказывают значительное измеримое влияние на состояние здоровья. Они подтверждают возможность получения прибыли от инвестирования в системы здравоохранения. Это, в свою очередь, приводит к постановке вопроса: в какие области медицинского обслуживания выгодно вкладывать средства?



**Рисунок 6.3.** Смертность от поддающихся лечению состояний среди мужчин в возрасте от 0 до 74 лет в 20 странах ЕС, 1990–1991 и 2001–2002 гг.

Источник: Newey и соавт., 2004 (90).



**Рисунок 6.4.** Смертность от предотвратимых состояний среди мужчин в возрасте от 0 до 74 лет в 20 странах ЕС, 1990–1991 и 2001–2002 гг.

Источник: Newey и соавт., 2004 (90).

### «Выгодные покупки»?

Руководители здравоохранения рассматривают «выгодные покупки» с целью максимизации прибыли от здравоохранения, которую они могут получить в результате вложения дополнительных средств, поскольку проведение эффективных вмешательств может укрепить мотивацию для дополнительного финансирования. Таким целям может соответствовать анализ рентабельности (91). Подобный подход используется во многих странах, обычно в отношении финансирования производства медицинских препаратов (92, 93). Однако в ряде случаев исследуются другие типы таких вмешательств, как например, в Соединенном Королевстве, где подобной работой занимается National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (94). Такие организации оценивают затраты и эффекты от новых вариантов работы, доказывая, иногда безоговорочно, их рентабельность, если затраты на единицу улучшения здоровья получаются ниже определенного порога. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), например, использует порог от 26 000 до 39 000 евро на сохраненный год жизни с учетом улучшения ее качества (QALY) (94).

Однако следует также задать дополнительные вопросы<sup>1</sup>. Например, откуда взять средства для инвестирования в рентабельные области, или как уменьшить инвестирование в неэффективные вмешательства, и наконец, оказывает ли влияние данное вмешательство на популяционном уровне. Большую прибыль можно получить от вмешательств, имеющих небольшие преимущества, но среди большого количества людей (особенно если вмешательства дешевы), чем от вмешательства, предоставляющего значительные преимущества для небольшого количества людей (особенно при дороговизне вмешательства). Среди примеров можно привести лечение умеренной и тяжелой артериальной гипертензии, соответственно (95),

<sup>1</sup> Затронутые здесь вопросы учитывают различные аспекты более безопасного расходования средств. Государственные органы также должны тщательно учитывать информацию об эффективности и ятрогенных эффектах, особенно принимая во внимание повышение доступности Интернета и значения мнения пациента при выборе метода лечения. Важными функциями государства являются предоставление качественной информации, регулирование нововведений, прекращение применения вредных вмешательств. Однако рассмотрение данных вопросов выходит за рамки данного раздела.

при котором менее «существенные» вмешательства обеспечивают больший совокупный эффект. Кроме того нужно, чтобы организаторы здравоохранения не рассматривали вмешательства по отдельности, одновременно работая в различных секторах. Значительная экономия может быть достигнута посредством создания пакетов вмешательств, например, снижение артериального давления, устранение никотиновой зависимости и советы относительно физической активности и диеты, что не может быть достигнуто посредством выполнения всех этих вмешательств по отдельности (96, 97, 98, 99).

Для изучения этих проблем ВОЗ разработала проект СНОИСЕ (выбор рентабельных вмешательств) (100). При этом очевидна потребность в информации, которая позволит оценить все возможные вмешательства, с различными уровнями охвата и различными типами взаимодействий. Определение преимуществ данных вмешательств позволит скорректировать структуру потребностей в пользу полезных изменений. На сегодняшний день был проведен анализ эффективности более 800 вмешательств, принимая во внимание их масштаб и взаимодействия. При этом исследователи также стремились оценить, используется ли в настоящее время наиболее рентабельная комбинация вмешательств, а также какие вмешательства становятся наилучшими при появлении большего количества ресурсов. Расчеты проводились для 14 различных субрегионов, используя географические границы ВОЗ, также принимались во внимание различия

в уровнях детской и взрослой смертности. Были разработаны схемы, позволяющие странам производить местные расчеты по конкретной структуре затрат. Пример, приведенный в табл. 6.3, иллюстрирует информацию необходимую руководителям здравоохранения при выборе области вложения средств.

Абсолютно ясно, что на поставленные вопросы не существует простых ответов. Внешние факторы, такие как исходное состояние здоровья или значение различных уровней здоровья, определяют особенности в принятии решений относительно конкретной страны. Подобным образом, огромное значение имеет масштаб доступных ресурсов, учитывая, что Европейский регион включает как страны с общими расходами на здравоохранение ниже 30 долларов США на человека в год (2006) (101, 102), так и страны с ежегодным выделением средств на здоровье каждого человека в 5500 долларов США. Однако все расходы на системы здравоохранения и необходимость достижения соотношения цены и качества сталкиваются с проблемой количества доступных ресурсов.

### 6.3 Вклад вмешательств общественного здравоохранения

В данном разделе рассматривается значение вмешательств в общественное здравоохранение для общественного здоровья, степень влияния инвестирования в здравоохранение на эффективность улучшения здоровья, а также мер первичной и

Таблица 6.3. Возрастающий анализ рентабельности лечения рака молочной железы (Eur-A)

Код	Вмешательства	Стоимость на 1 миллион населения в год (международный доллар)	DALYs на 1 миллион населения в год	Средняя стоимость на DALY
BRC-1	Резекция молочной железы + подмышечная лимфодиссекция + лучевая терапия	758 464	1 010	751
BRC-2	BRC-1 + гормональная терапия	856 525	406	2 111
BRC-3	BRC-1 + гормональная терапия + химиотерапия	1 912 371	451	4 241
BRC-4	Химиотерапия + гормональная терапия + паллиативное лечение	725 996	21	35 148
BRC-5	BRC-1 + BRC-4	2 699 960	1 913	1 411
BRC-6	BRC-1 + BRC-4 + наблюдение дважды в год	4 458 312	5 630	792

Источник: ВОЗ, 2008 (100).

Примечания: Eur-A: Регион ВОЗ, Западная Европа; BRC: рак молочной железы.

вторичной профилактики. Это включает действия, направленные как на медицинское обслуживание, так и на другие секторы, оказывающие влияние на здоровье и на которые системы здравоохранения могут оказать свое влияние. Рассматриваемые вопросы затрагивают соответствующую главу основного руководства (66), краткий аналитический обзор (63), подготовленные для Министерской конференции в Таллинне в июне 2008 г.

В настоящее время существует достаточное количество доказательств, что значительного снижения преодолимой смертности и заболеваемости можно достигнуть посредством профилактических мероприятий, таких, как вакцинация или лучшее контролирование артериальной гипертензии, которые обеспечиваются через индивидуальные услуги здравоохранения. Однако, как и в случае артериальной гипертензии, становится все более ясно, что данные вмешательства являются наиболее эффективными при проведении совместно с соответствующими вмешательствами в других секторах. Кроме того, и очень важно, что социально-экономическое окружение, в котором живут конкретные люди, оказывает существенное влияние на риск развития преждевременной смертности и предотвратимой заболеваемости. Поэтому любая всесторонняя стратегия по улучшению общественного здоровья требует влияния на области, находящиеся как в ведении медицинского обслуживания, так и вне его.

Такой подход требует комбинации «восходящих» и «нисходящих» мероприятий. Восходящие действия могут включать мероприятия, при которых преимущества для здоровья являются вторичными по отношению к другим политическим целям (таким как перераспределение средств, улучшение жилищных проблем или увеличение возраста окончания школы) и должны рассматриваться (и финансироваться) отдельно от сферы здравоохранения. Тем не менее те преимущества, которые связаны со здоровьем, являются частью системы здравоохранения. И организаторы здравоохранения играют важнейшую роль в поддержании связей с другими секторами для изучения влияния на них состояния здоровья.

Первичной целью нисходящих вмешательств является улучшение здоровья и предотвращение развития заболеваний. Они включают такие действия как предоставление советов относительно диеты и стиля жизни, мероприятия, направленные на снижение потребления алкоголя и табака, а также кампании по вакцинации и программы скрининга онкологических заболеваний. Во многих случаях они будут находиться под непосредственным влиянием системы здравоохранения. Для того чтобы

быть эффективными, нисходящие вмешательства часто нуждаются в сотрудничестве с восходящими действиями и, конечно, должны сочетаться с мероприятиями, направленными на индивидуумов, наряду с социальными вмешательствами (например, советы по правильному питанию в первичном звене здравоохранения должны сочетаться с ограничением рекламы нездоровых продуктов). При этом важен баланс, поскольку советы относительно образа жизни или привычек будут бесполезными, если люди будут перегружены противоречивыми сообщениями сразу же после выхода из дверей медицинского учреждения, или если налоговая система поощряет потребление нездоровых продуктов.

### **Что мы знаем относительно эффективности доступных вмешательств?**

Доказательства эффективности многих вмешательств в общественное здравоохранение являются достаточно слабыми, особенно по сравнению с доказательствами эффективности лечебных вмешательств, проводимых с использованием фармацевтических препаратов. Это положение начинает изменяться, хотя все еще существует достаточно мало доказательств экономической оправданности вмешательств (103). Проект ВОЗ «CHOICE», описанный в предыдущем разделе (100) (96), помогает справиться с недостатком данных. Однако подобно другим последним обзорам (104, 105) он показывает, что оценка в значительной степени отклоняется в сторону вмешательств на индивидуальном уровне, таких как профилактика инфекционных заболеваний, использование фармпрепаратов, таких, как статины, для предотвращения возникновения заболевания, а также в сторону механизмов ранней диагностики заболеваний, например скрининг онкологических заболеваний. Во всех обзорах значительно меньше внимания уделяется восходящим вмешательствам в уровень здоровья, из-за чего велика вероятность (и опасность) того, что при оценке доказательств рентабельности восходящая стратегия окажется недооцененной, даже несмотря на то, что она может быть более эффективной и, во многих случаях, более рентабельной. Программа индивидуальных рекомендаций по борьбе с никотиновой зависимостью может быть менее эффективной, чем запрещение курения в общественных местах. Это подтверждается тем, что данная программа не приводит к значительному уменьшению числа курящих, в то время как последнее мероприятие могло бы иметь огромные преимущества.

Данная ситуация неудивительна. Объем исследований общественного здоровья в Европе относительно небольшой. Кроме того, в отличие от США,

данные относительно основных показателей здоровья населения, его привычек и факторов риска являются доступными лишь в небольшом количестве стран. В дополнение к этому, необходимые исследования являются сложными и имеют огромные методологические недостатки. Во многом это обусловлено большим временным промежутком между проведением исследования и получением результатов, избытком одновременных изменений и возникновением политических сложностей при рандомизации населения. Большая часть доступных исследований проводилась в Северной Америке и Австралии. При этом несмотря на то, что полученные результаты могут использоваться для информирования руководителей любой страны, существуют неотъемлемые трудности в последующем моделировании перенесенных данных, особенно относительно рентабельности в новых условиях.

По этим причинам невозможно представить отражение рентабельности вмешательств каким-либо другим образом, кроме высокого уровня обобщения. Рентабельность любого вмешательства будет зависеть от масштаба проблемы в конкретной стране (например, исходный уровень курения), эффективности выбранного вмешательства в конкретной среде, стоимости вложений и значения, выраженного в результатах. Все эти показатели могут значительно отличаться. Для Европейского региона ВОЗ это в целом означает, что аналитики будут исходить из данных, специфичных в конкретных обстоятельствах, для расчета показателей, значимых для их собственной страны.

Несмотря на все эти сложности существует достаточно доказательств в поддержку подобного политического курса. Эти доказательства, хотя и ограниченные, показывают, что вмешательства по улучшению общественного здоровья можно достаточно хорошо сравнить со многими отдельными клиническими вмешательствами в отношении эффективности и рентабельности. Кроме того, можно в общих чертах установить меры, которые следует предпринять, если они еще не предприняты.

### Применение доказательств: некоторые приоритетные проблемы

Доказательства эффективности и рентабельности вмешательств в общественное здравоохранение требуют дальнейшего изучения. Однако понятно, что сами вмешательства будут проводиться в сложных условиях, которые обычно вовлекают факторы из множества различных секторов. Каждый курс или программу в общественном здравоохранении можно характеризовать согласно большому количеству параметров. Широко используемой моделью является 3-мерная структура, изначально

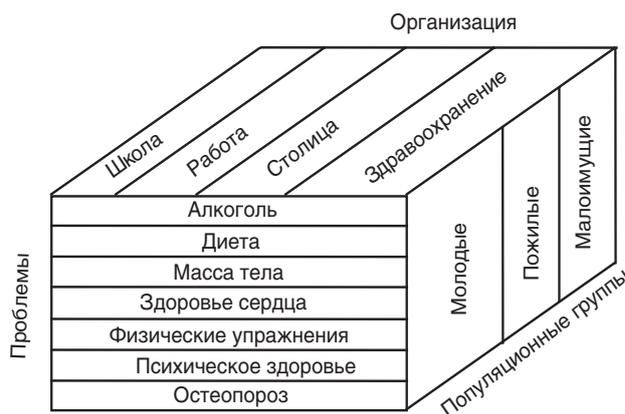


Рисунок 6.5. Основа общественного здравоохранения

Источник: Европейская комиссия, 1998 (106).

разработанная ЕС (106) (рис. 6.5). При этом стратегия рассматривается как «вмешательства, обращаемые к одной или более проблемам в одной или более популяционных группах, в тех или иных условиях». Это позволяет лучше понять, кто должен участвовать и отвечать за определенное доказательство или определенный вид вмешательства. При этом, согласно определенному кругу первичных интересов, могут создаваться объединения. Таким образом, вмешательства с целью улучшения здоровья подростков могут включать вмешательства, направленные на обучение в школах, на сексуальное здоровье подростков, а также на борьбу с курением употреблением алкоголя и наркотиков. В последующих подразделах мы обрисовываем некоторые приоритетные проблемы, а также доступные вмешательства в общественное здравоохранение, относящиеся к этим проблемам. Таким образом, акцентируется внимание на их очень важной роли для улучшения здоровья нашего населения.

### Табак

Табакокурение, вероятно, является наиболее показательной проблемой, поскольку данная зависимость убивает 50% курящих, причем 50% из них умирают до достижения пенсионного возраста. Около 26% смертности и 17% DALY может быть связано с данным фактором риска (см. табл. 6.2). Почти все страны Европейского региона ВОЗ приняли Рамочную конвенцию по борьбе с табакокурением, в которой приводится ряд мер по снижению распространенности курения, включая запреты на рекламу сигарет; предупреждения о последствиях курения для здоровья; мероприятия по защите некурящих и действия по борьбе с контрабандой. Очевидно, что наибольшей эффективностью при решении данной проблемы является комплексный подход, включающий финансовые, административные и образовательные мероприятия с прогрессирующим

увеличением акцизного налога (обычно повышение стоимости на 10% приводит к уменьшению потребления продукта на 3–5%) (107) и запрещением курения в общественных местах. Вмешательства медицинского обслуживания также эффективны в виде небольших вмешательств медицинских работников, поддерживаемых доступностью перехода к никотин-замещающей терапии.

Многие внешне привлекательные мероприятия не являются эффективными. К ним относятся образовательные кампании, направленные на подростков, проводимые предприятиями по табачной промышленности в некоторых странах. В них утверждается, что курение не для детей, что допускает приемлемость курения для взрослых.

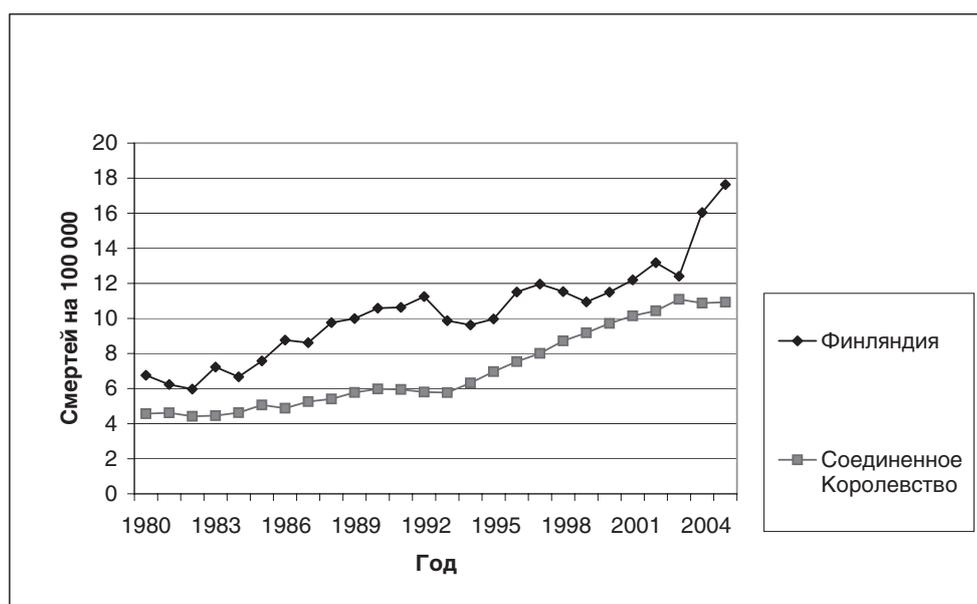
### Алкоголь

Несмотря на то что употребление алкоголя в малых количествах может быть полезным для здоровья при умеренном или высоком риске развития сердечно-сосудистых заболеваний (например, возраст старше 40 лет), вследствие злоупотребления алкоголем наблюдается большой уровень преждевременной смертности, особенно среди мужчин. Приблизительно 8% смертности и 14% DALY можно отнести к этому фактору риска (см. табл. 6.2). Данная проблема имеет огромное значение в СНГ и странах Балтии, а исследование по Российской Федерации показало, что злоупотребление алкоголем является причиной до 40% смертей среди мужчин трудоспособного возраста (108). Причины проблемы не определены. В некоторых

странах Западной Европы (Финляндия, Соединенное Королевство) либерализация продажи алкоголя в сочетании с достаточно низкими ценами связана с увеличением смертности от цирроза печени (см. рис. 6.6). В СНГ и странах Балтии основным фактором развития данного заболевания является широкое распространение и легкая доступность недорогих суррогатов алкоголя, таких как лосьоны после бритья и денатурированные спирты (109, 110). С 2006 г. изменения в законодательстве Российской Федерации снизили доступность некоторых из этих веществ, что привело к снижению связанной с алкоголем смертности. Понятно, что во всех этих странах необходима политика, соответствующая природе данной проблемы. При борьбе с курением к наилучшим результатам может привести повышение акцизного налога; в то время как при борьбе с алкоголизмом наибольшей эффективностью будет обладать контроль за продажей спиртосодержащих жидкостей и добавление рвотных средств к техническим спиртам. Существует также некоторая возможность вмешательств в сфере здравоохранения. Все увеличивается количество свидетельств о пользе применения таких техник как мотивационное интервьюирование. Однако даже эти меры не позволят достигнуть значимых результатов без всесторонней и скоординированной программы профилактических вмешательств.

### Диета и физическая активность

Доказано, что ключевое значение имеют пищевая промышленность и производство безалкогольных напитков. Финансируемые правительством



**Рисунок 6.6.** Стандартизированные показатели смертности от хронических заболеваний печени и цирроза, все возрастов, на 100 000 населения, 1980–2004 гг.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (64).

кампании по обучению населения, используют в качестве примера долю затрат на рекламирование высококалорийных продуктов, но не могут соревноваться со стимулами из фильмов и рингтонов мобильных телефонов, побуждающих, например, подростков к нездоровому питанию. Поэтому политика в данном направлении будет наиболее эффективной в случае прямого воздействия на пищевую промышленность. В качестве альтернативы, правительства могут вместо сотрудничества осуществлять регулирование и предписывать средства контроля в торговле нездоровой пищей. Кроме того, законодательные акты относительно снижения содержания соли, замещения насыщенных жиров в производимой пище ненасыщенными и маркировка продуктов имеют доказанную эффективность.

Однако самой большой проблемой в этой области является то, что за последние несколько десятилетий во многих странах была неосознанно создана «среда, предрасполагающая к ожирению» (111), то есть окружающая среда, при которой люди редко ходят пешком и потребляют главным образом дешевую и калорийную пищу быстрого приготовления, что и способствует развитию ожирения. Любое эффективное политическое вмешательство требует задействования большого количества секторов, и особенно лиц, занимающихся планированием градостроения, контролирующими финансовые вопросы, работников здравоохранения и промышленности.

Существует и некоторая роль нисходящих вмешательств. В швейцарском обзоре экономических исследований в области ожирения было обнаружено, что инвестирование в программы, нацеленные на увеличение физической активности и пропаганду здорового питания имело высокую рентабельность (112), хотя, как и всегда, эти данные необходимо использовать с осторожностью.

### *Дорожно-транспортный травматизм*

Дорожно-транспортный травматизм также составляет значительную часть общей заболеваемости, особенно в СНГ. Наиболее эффективными являются восходящие вмешательства посредством мер по изменению ситуации на дорогах, введения законодательных актов относительно использования ремней безопасности и защитных шлемов, ограничения скорости, лучшего освещения и использования мер по снижению интенсивности дорожного движения, особенно в жилых областях. Однако многие из этих важных шагов зачастую бывают уже предприняты, но без должной эффективности, обусловленной отсутствием обычной практики их выполнения. В некоторых странах данную проблему осложняет коррумпированность полиции в условиях низких зарплаток и низкого развития

местной культуры. Возможные выходы из этой ситуации представлены увеличением заработной платы полицейских и внедрением автоматических камер, регистрирующих скорость, с последующим централизованным взиманием штрафов. Однако это находится вне области рассмотрения данного обзора.

Очевидно, что в данной ситуации особенно важны действия, находящиеся за пределами ведения систем здравоохранения. Однако вклад этих мероприятий в общественное здоровье огромен. Проведенное в Австралии исследование показало, что отношение рентабельности программ по безопасности на дорогах составляет 3:1, включая лишь правительственные затраты без учета влияния на экономику или определения «страдания людей» (117).

### *Психическое здоровье*

Существует множество причин плохого психического здоровья. Некоторые из них, такие как экономическая нестабильность или снижение количества городского населения, относятся к восходящим. Они могут отвечать на изменения в экономике, возрождение городов и укрепление общества. Их решение будет зависеть, в первую очередь, от экономических решений и обеспеченности жильем, а не от воздействий на психическое здоровье. Нисходящие вмешательства сосредотачиваются на здравоохранении, хотя в обзоре по улучшению психического благополучия и предотвращению проблем с психическим здоровьем было установлено, что наибольшая эффективность в этой области будет зависеть от вмешательств, направленных на здоровье детей в раннем возрасте и их родителей, а также от вмешательств, направленных на первичную профилактику депрессий и суицидов (116). Здесь опять же важна возможность оказания влияния систем здравоохранения на другие секторы.

Как уже было отмечено, целью данной главы было описание ряда основных проблем общественного здоровья и доступных вмешательств без всестороннего обзора и попыток представления списка приоритетов. Например, здесь не были рассмотрены стратегии по предотвращению ВИЧ/СПИД, которые, однако обладают высокой рентабельностью в отношении снижения частоты передачи данного заболевания и уменьшения вреда от рискованного поведения. ВИЧ/СПИД является хорошим примером сложности определения приоритетов и важности работы организаторов здравоохранения для обеспечения эффективного снижения заболеваемости и рентабельности, отвечающих приоритетам общественного здоровья и государственной социальной политики.

### Применение доказательств: некоторые данные по рентабельности

Как было заявлено ранее, невозможно обеспечить данные по рентабельности вмешательств в общественное здравоохранение, которые будут полностью подходить для различных стран Европейского региона ВОЗ. Однако действительно полезно предоставлять приблизительные оценки, отражающие

влияние некоторых из этих вмешательств. Так в табл. 6.4 приводятся данные проекта ВОЗ CHOICE и Проекта по приоритетам контроля заболеваний, сосредотачивающихся на странах с низкими и средними доходами. При этом демонстрируется, что существуют достаточные доказательства высокой рентабельности некоторых вмешательств, даже в наименее богатых странах Европейского региона ВОЗ (117,118,121). Они включают меры

Таблица 6.4. Избранные популяционные вмешательства

Состояние	Вмешательство	Увеличивающаяся рентабельность (\$/DALY)
Злоупотребление алкоголем	Увеличение акцизного налога на 50%	Eur-A : 258* Eur-B : 489* Eur-C : 156*
	Акцизный налог вместе с созданием запретов	Eur-A : 570* Eur-B : 466* Eur-C : 209*
	Акцизный налог, создание запретов и короткие советы на этапе первичного звена здравоохранения	Eur-A : 2 359* Eur-B : 616* Eur-C : 593*
	Акцизный налог, создание запретов, короткие советы на этапе первичного звена здравоохранения, случайные проведения дыхательного теста	Eur-A : 2 690* Eur-B : 5 070* Eur-C : 1 168*
Атеросклероз коронарных артерий	Законодательство по замещению 2% транс-жиров на полиненасыщенные жиры, что будет стоить 6 \$ США на одного взрослого человека (это должно привести к снижению заболеваемости на 7–40%)	48–838
Диабет, ишемическая болезнь сердца, инсульт	Законодательство по созданию обучающих общественных кампаний по снижению потребления соли	1 937
	Кампании по снижению потребления насыщенных жиров	2 617
Табачная зависимость	Акцизный налог в размере 600% от оптовой цены (удвоение местных налогов)	Eur-A: 32* Eur-B: 21* Eur-C: 5*
	Акцизный налог до 600% вместе с созданием запретов	Eur-A: 859* Eur-B: 163* Eur-C: 53*
	Акцизный налог до 600%, создание запретов, очищение воздуха помещений, информирование населения	Eur-A: 1 909* Eur-B: 251* Eur-C: 82*
Дорожно-транспортные происшествия	Увеличение размеров штрафов, законодательство по ограничению скорости вместе с местными кампаниями по безопасности на дорогах	21*
	Принуждение к использованию ремней безопасности, ограничение игры детей вблизи проезжей части и случайные проверки водителей посредством дыхательного теста	2 449*

Источники: Laxminarayan, Chow и Shahid-Salles, 2006 (117); Chisholm и соавт., 2004 (118); ВОЗ 2003 (119).

Примечания: Eur-A: регион ВОЗ, Западная Европа; Eur-B: регион ВОЗ, ЦВЕ; Eur-C: регион ВОЗ, СНГ. Все использованные цены взвешены по возрасту и приведены за 2001 г. в долларах США, за исключением отмеченных \*, которые приводятся по ценам на 2000 г., здесь используется международный доллар.

по увеличению акцизных налогов, направленные на снижение употребления алкоголя и табака, законодательные акты по уменьшению содержания в пищевых продуктах соли и насыщенных жиров, а также весь диапазон мер по предотвращению дорожно-транспортных происшествий, которые также актуальны и для стран с высокими доходами.

Несмотря на значительные различия в различных странах, ограниченность доказательств рентабельности и методологические сложности при их интерпретации, данный раздел показывает, что существует ряд вмешательств по улучшению общественного здоровья, обладающих высокой значимостью для здоровья, прогресса в которых можно достигнуть посредством увеличения капиталовложений.

#### **6.4 Обеспечение равенства? Влияние систем здравоохранения на неравенство в отношении здоровья**

Равенство в отношении здоровья представляет собой одну из основных целей системы здравоохранения (смотри детали в СОСЗ, раздел 2). Под этим определением здесь понимается «отсутствие систематических и потенциально устранимых различий в одном или более аспектах здоровья среди различных социальных, географических, или демографических групп людей» (120). В данном разделе рассматривается вопрос, как вмешательства в систему здравоохранения могут уменьшить неравенство в отношении здоровья и обеспечить равенство<sup>1</sup>. Это затрагивает седьмую главу основного руководства (62) и основывается на обсуждении экономических последствий неравенства в отношении здоровья (подраздел 5.4). При этом показывается, что неравенство в отношении здоровья негативно сказывается на экономике, затратах на здравоохранение и на социальном благополучии.

Вопрос неравенства в отношении здоровья является актуальным по всей Европе и представляет собой одну из основных проблем в политике общественного здравоохранения по Европейскому региону ВОЗ. В последнем исследовании ЕС утверждается, что неравенство в уровне смертности, зависящее от уровня образования, составляет около 707 000 смертей в год по EU25, что соответствует приблизительно 11,4 миллион лет потерянных лет жизни (42). Уменьшение этого неравенства посредством

<sup>1</sup> В данном разделе мы скорее обращаемся к неравенству в уровне здоровья, а не к равенству распределения здоровья. В то время как последнее понятие отражает одну из основных целей системы здравоохранения, оно является нормативным и потому его значение трудно выразить в объективных терминах. Термин «неравенство в уровне здоровья» является более описательным, поэтому при его использовании легче оценивать масштабы данной проблемы.

улучшения здоровья людей с более низкими уровнем образования, профессиональными навыками и доходами, должно привести к существенному улучшению здоровья населения в целом и значительно снизить уровень преодолимой смертности.

В тех Европейских странах, по которым доступны соответствующие данные, различия в продолжительности здоровой жизни между богатыми и бедными людьми обычно составляют 10 и более лет (121). Эти неравенства в отношении здоровья (связанные с уровнем образования и профессией) являются приблизительно одинаковыми во всех областях Европы (122, 123). За последние 20 лет не наблюдалось существенного уменьшения разрыва в отношении здоровья, в некоторых странах даже наблюдалось его увеличение. Это можно объяснить тем фактом, что при снижении смертности во всех социально-экономических группах, оно происходило пропорционально быстрее в более высоких группах, что и усиливало неравенство. Без сомнения, люди с более высоким уровнем образования обладают большими способностями защитить себя от факторов риска для здоровья, скорректировать свои вредные привычки (включая курение, высококалорийную диету и гиподинамию) и получить выгоду от эффективных вмешательств в медицинское обслуживание (включая выявление и лечение артериальной гипертензии и тромболитическую терапию). Помимо этих различий внутри страны, существует значительное неравенство в отношении здоровья между различными странами Европейского региона ВОЗ, с различиями ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 13 лет.

#### **Может ли быть уменьшено неравенство в отношении здоровья?**

Большой диапазон неравенства в отношении здоровья между различными странами может быть реально уменьшен. Например, очень маленькие различия в уровне смертности от ишемической болезни сердца в некоторых южных Европейских популяциях показывают, что такие же равные результаты достижимы и в Северной Европе, причем во всех странах. Это демонстрирует особую важность того, что инвестиционные решения отражают степень, на которую программы или затраченные средства снижают неравенство в отношении здоровья, способствуя равенству.

Большие успехи были достигнуты в определении детерминант неравенства в отношении здоровья. Предоставление этой информации руководителям здравоохранения должно побудить их заняться решением поставленных проблем. Многие специфические детерминанты, способствующие развитию неравенства в отношении здоровья (особенно материальный

и психосоциальные факторы, а также образ жизни) хорошо поддаются политическим воздействиям. Несмотря на то, что необходимы дальнейшие исследования в данной области, сегодняшний уровень понимания этой проблемы уже делает возможным достижение значительного снижения неравенств в отношении здоровья. Остается вопрос, какие же вмешательства являются наиболее эффективными.

### Эффективность вмешательств

Правительства сталкиваются с недостатком доказательств рентабельности в отношении того, какие именно стратегии следует использовать для снижения неравенства в отношении здоровья. Кроме того, стратегические достижения в этой области значительно варьируют по Европейскому региону ВОЗ. Различные страны по-разному проводят вмешательства в этой области. Например, в Англии очевидные преимущества равенства в отношении здоровья привели к значительным политическим действиям в этом направлении, в то время как в Нидерландах, Норвегии и Швеции работали всесторонние и систематические планы (которые на сегодняшний день находятся на различных этапах выполнения). Другие инициативы были порой сугубо меркантильными и основывались на предполагаемой выгоде предложенных вмешательств, а не на точных доказательствах, что, в некоторых случаях давало отрицательный эффект (124). В данном разделе рассматриваются некоторые проверенные и оцененные вмешательства, которые разделяются на три «группы», более подробно освещаемые ниже.

Первая группа состоит из восходящих стратегий, основанных на налогообложении и преимуществах, связанных с универсальными факторами благосостояния, целью которых является уменьшение неравенства в доходах и богатстве. При этом обязательно вовлекаются секторы, не относящиеся к здравоохранению, хотя организаторы здравоохранения играют важную роль в освещении неблагоприятных последствий неравенства в отношении здоровья. Понятно также, что данный подход отвечает на массу вопросов относительно фундаментальных причин неравенства. Однако постоянное наличие значительного неравенства в отношении здоровья в странах с универсальными системами обеспечения благосостояния свидетельствует о наличии недостаточно исследованных областей в этом направлении. Широкий подход с использованием налогообложения и льгот сам по себе не является достаточным для устранения неравенства в отношении здоровья. Это свидетельствует о необходимости комплексного подхода, с рассмотрением конкретных факторов риска.

Ко второй группе относятся стратегии, направленные на вредные для здоровья привычки, особенно курение, злоупотребление алкоголем и нарушение питания (что рассмотрено в подразделе

6.3). Глобальная политика, включающая запреты на курение в общественных местах и увеличение акцизного налога на алкоголь, показала свою эффективность в обеспечении поведенческих изменений. Однако эти мероприятия нуждаются в дополнении более целенаправленными действиями, такими как схемы развития общества и нисходящие вмешательства на индивидуальном уровне. Данные из Финляндии показывают, что универсальная политика, направленная на социальное благополучие, действующая на коллективном (среднее направление) уровне, может иметь достаточную эффективность. К таким вмешательствам относятся субсидии на здоровое питание в школах и на рабочем месте, способствующие потреблению здоровой пищи и делающие вклад в уменьшение социально-экономических различий в питании. Однако существует большая нехватка данных относительно качественных вмешательств, специально направленных на более низкие социально-экономические группы.

Третья группа вмешательств касается доступа к эффективному здравоохранению, поскольку недостаточный доступ к качественному здравоохранению является частью причинно-следственной цепи от низкого социально-экономического положения до преждевременной смертности и усугубления неравенства в отношении здоровья. Это демонстрируется поразительными различиями в распространенности состояний, поддающихся медицинским вмешательствам на уровне социально-экономического состояния (125, 126). Это соответствует данным о неравенстве в использовании медицинского обслуживания, при котором представители более низких социально-экономических групп чаще сообщают о неизбежности профилактики (127), что обусловлено высокой стоимостью медицинской помощи или недоступностью качественного обслуживания (128).

Самый существенный аспект, ограничивающий доступ к медицинскому обслуживанию, непосредственно связан с финансовыми системами (хотя их оценка сложна). Вмешательства, направленные на улучшение финансовой защищенности и обеспечение универсального доступа к медицинскому обслуживанию посредством отделения способности к оплате от использования услуг, позволяют снизить неравенство в отношении здоровья. В отличие от этого, возможности производить оплату услуг наличными средствами (включая дополнительные неофициальные выплаты) в пункте их получения, еще более усугубят неравенство доступа к медицинскому обслуживанию, а потому и неравенство в отношении здоровья. В то время как большая часть европейского медицинского обслуживания главным образом основывается на общественных или установленных законом источниках и, изредка, на страховых взносах и/или общих налогах, а не на наличных

платежах, руководители здравоохранения должны помнить об экономическом и социальном значении любых реформ в этой области (включая реформы, направленные на снижение стоимости услуг), которые могут усилить неравенство.

Проблемы также могут быть связаны с недостатками в организации и обеспечении медицинской помощью. Поэтому, например, мероприятия, которые повышают эффективность первичной помощи, позволяя успешно снижать неравенство в отношении здоровья (129). К реформам, оказывающим значительное влияние на неравенство, относятся реформы, дающие гарантию того, чтобы первый контакт с медицинским обслуживанием учитывался на последующих этапах, что способствует обеспечению непрерывности медицинской помощи и гарантирует преемственность и координацию между различными этапами медицинского обслуживания. Это значительно упрощает координацию деятельности тех систем, которые в прошлом испытывали значительные трудности в этой области. Медицинское обслуживание также может снизить неравенство в отношении здоровья посредством развития программ, предназначенных для малоимущих граждан. Например, программы по скринингу злокачественных новообразований охватывают различные (социально-экономические) группы, но относительно слабо затрагивают малоимущих граждан. Это позволяет предотвратить использование противоречащих друг другу и непроверенных подходов, что делает медицинские услуги более открытыми и безопасными. Медицинское обслуживание может также брать на себя инициативу при работе с другими областями, такими как местные органы власти или всесторонние межсекторные (направленные на бедняков) программы по снижению неравенства в отношении здоровья.

Во всех этих трех случаях есть некоторые (но не достаточные) доказательства эффективности отдельных вмешательств по снижению неравенства в отношении здоровья. Однако вполне очевидно, что стратегические изменения, направленные на обеспечение справедливости и равенства доступа к медицинским услугам, вполне возможны и должны осуществляться.

### **Экономические преимущества**

Доказательства того, что у равенства в отношении здоровья есть непосредственный положительный экономический эффект, могли бы оказать значительное стимулирующее влияние на руководителей здравоохранения в плане принятия ими стратегий в пользу увеличения равенства. Однако на сегодняшний день недостаточно данных относительно влияния социально-экономического неравенства на здоровье и экономику в странах ЕС. Тем не менее экономическое значение этого фактора должно быть достаточно большим (подраздел 5.4) для того,

чтобы инвестирование в стратегии по снижению экономических неравенств имело потенциальные и основные экономические преимущества. Например, антитабачная политика, сознательно направленная на равенство, снижает распространенность курения на 33% в более низких социально-экономических группах (и лишь на 25% в более высоких группах), что приводит к уменьшению неравенства в отношении здоровья (смертности и заболеваемости) и имеет значительное экономическое воздействие от 9 до 75 миллиардов евро в зависимости от того, рассматривается ли здоровье как средство производства или товар широкого потребления. Какой бы метод оценки ни использовался, и какими бы высокими ни были вариации результатов, потенциальный вклад равенства в отношении здоровья в социальное благополучие огромен.

Все приведенные здесь доказательства показывают, что системы здравоохранения могут играть главную роль в уменьшении неравенств и что это благоприятно скажется на экономике, здоровье и социальном благополучии.

Данные доказательства также показывают важную роль руководителей здравоохранения, поскольку правительство само по себе преследует цель уменьшения неравенства в обществе (даже если оно не признает существование этого неравенства), что является типично политическим вопросом. Организаторы системы здравоохранения могут сделать свой вклад в эффективность деятельности, направленной на уменьшение неравенства. Без сомнения, создание единой базы данных информации могло бы послужить средством по улучшению эффективности в этом направлении, а также помочь проводить сравнение с другими странами и предложить хороший способ сообщения между различными секторами, увеличивая вклад в равенство в отношении здоровья.

Руководители здравоохранения могли бы способствовать развитию системы здравоохранения (раздел 2), например посредством разработки программ индивидуального и общественного здоровья, а также посредством поведенческих вмешательств, направленных на бедняков, отражающих потребности и культуру этой группы населения; посредством обеспечения доступности медицинских ресурсов, а также посредством влияния на уровень здоровья других секторов экономики. Особенную значимость имеет улучшение межотраслевого взаимодействия, учитывая, что многие социальные детерминанты неравенства в отношении здоровья находятся вне зоны воздействия системы здравоохранения. Если деятельность систем здравоохранения будет поддерживаться приведенными выше мероприятиями и информацией, это позволит оказать значительное влияние на социальное благополучие и политику распределения ресурсов.

## 6.5 Соответствие ожиданиям граждан? Роль медицинского обслуживания в обеспечении соответствия ожиданиям граждан

Соответствие ожиданиям граждан является одной из фундаментальных целей системы здравоохранения по ВОЗ (раздел 2), и в некоторых странах (хотя и не во всех), медицинское обслуживание придает все большее значение ожиданиям граждан (раздел 4). В данном разделе рассматриваются это соответствие и причины получения населением удовлетворения (или неудовлетворения) от взаимодействия с системой здравоохранения. При этом предлагается рабочее определение соответствия ожиданиям граждан, рассматривается государственная политика, которая позволяет его увеличить, и проводятся параллели с другими целями системы здравоохранения. Данный раздел выделен из восьмой главы основного руководства (130).

### Что означает соответствие ожиданиям граждан?

В то время как основной целью системы здравоохранения является улучшение здоровья населения, способы взаимодействия людей с системой здравоохранения вовлекают множество направлений, которые не имеют непосредственного отношения к клиническим результатам или уровню здоровья, что не в последнюю очередь зависит от межличностных аспектов процесса лечения. Соответствие включает все нетехнические аспекты лечения людей в системе здравоохранения (см. вставка 6.1).

#### Вставка 6.1. Соответствие ожиданиям граждан согласно Докладу ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.

В данном исследовании «соответствие» используется как наиболее приемлемый термин для комбинации определений, приведенных в Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. (20), в котором соответствие ожиданиям граждан по определению рассматривалось как центральная цель системы здравоохранения (см. детали СОСЗ в разделе 2).

Поэтому к соответствию относятся все (нетехнические) «взаимодействия получающих лечение людей и обстановки во время лечения с системами здравоохранения» (131), что включает восемь разделов, перечисленных здесь (132):

- уважение к личности (и человеческому достоинству);
- автономность;
- конфиденциальность;
- коммуникации;
- быстрое внимание;
- качество основных удобств;
- доступ к сетям социальной поддержки;
- выбор учреждения и лечащего персонала.

Для измерения «соответствия» за последние двадцать лет использовалось большое количество методик, например, введение потребительских вопросов по степени удовлетворенности медицинской помощью в опросники Евробарометра (133), развитие обзоров по удовлетворения, таких как обзоры Blendon (134) и Picker Institute (135), а также Европейского потребительского индекса здоровья (136). Все эти исследования столкнулись с концептуальными и практическими сложностями, многие из которых оказались трудными для разрешения. Здесь очерчены три основные группы проблем (130) (137)<sup>1</sup>.

- Культуры и ожидания: определение различий в ожиданиях населения различных стран является исключительно сложной задачей, особенно учитывая различия в уровне богатства, общественных расходах и культурных нормах. Это же подходит и для вариаций указанных различий в пределах одной страны, учитывая различия в «смысле понятий» между полами и социальными классами<sup>2</sup>.
- Объективные и субъективные: уравнивание мнения эксперта с опытом пользователей здравоохранения является далеко не легкой задачей и осложняется диапазоном возможностей различных групп пользователей.
- Комбинированные измерения: получение «полных» суждений относительно уровня соответствия системы здравоохранения чревато трудностями, связанными с необходимостью комбинировать суждения по результатам различных измерений в один общий показатель (см. подраздел 7.2, ниже), что является невозможной задачей<sup>3</sup>.

В табл. 6.5 отражаются проблемы, связанные с урегулированием результатов различных оценок (используя три различные методики). Здесь указывается рейтинг стран EU15 используя исследования

<sup>1</sup> Для детального рассмотрения этих методологий см. Busse и соавт. (130) в основном руководстве и Chatterji и соавт. в дополнительном руководстве (186).

<sup>2</sup> ВОЗ первоначально использовала методику «краткого описания» для корректировки ожиданий различных культур, но, в связи с необходимостью комплексной оценки, данный подход в более поздних работах не использовался.

<sup>3</sup> Европейский потребительский индекс здоровья является показательным примером. В нем используется такие критерии как «щедрость» системы, оценивающий доступ к незначимым вмешательствам или новым лекарствам. Однако понятие щедрости в значительной степени ограничивается высокими культурами, и его значимость в менее богатых странах невыяснена, в то время как многие вопросы относительно эффективности нового или неосновного лечения остаются без ответа (133).

соответствия ВОЗ (как по стационарной, так и по амбулаторной помощи), Евробарометр (вопрос 57,2 относительно удовлетворения) и Европейский потребительский индекс здоровья 2007.

Результаты этих оценок зачастую являются непоследовательными или противоречивыми и очень сложны для интерпретации. Различия между этими тремя оценками могут быть объяснены недостаточным приспособлением к культурным ожиданиям граждан (Евробарометр или Показатель соответствия), использованием сложных показателей (Европейский потребительский индекс здоровья) или оценкой очень различающихся явлений. Более детальные исследования показывают наличие большего количества проблем. В обзорах по Соединенному Королевству постоянно обнаруживается низкий уровень удовлетворения системами здравоохранения в целом, но высокий уровень удовлетворения тех, кто недавно получал медицинскую помощь. Было предположено, что это является отражением сложившегося негативного отношения к здравоохранению. В других странах существуют доказательства, что негативное

восприятие отражает общую неудовлетворенность правительством.

Поэтому в целом по этим обзорам нельзя сделать какие-либо утвердительные выводы, относительно различий в степени соответствия систем здравоохранения и еще менее точные выводы относительно стратегий системы здравоохранения по объяснению этих различий. Однако несоответствия требованиям граждан действительно существуют, поскольку потребители все лучше узнают свои права. Руководители здравоохранения имеют дело с давлением объединений пациентов и не могут просто отклонить полученные здесь данные как ненадежные, даже в случаях, когда они используются для подтверждения недостаточности базового пакета услуг.

### Стратегии системы здравоохранения по повышению соответствия ожиданиям граждан

Руководители здравоохранения могли бы начать работу по улучшению соответствия ожиданиям граждан просто посредством обращения к некоторым описанным выше проблемам и предпринимая

Таблица 6.5. Рейтинг стран EU15 по ряду последних исследований

	Соответствие ожиданиям стационарных пациентов по ВОЗ 2000–2001а	Соответствие ожиданиям амбулаторных пациентов по ВОЗ 2000–2001а	Удовлетворение по Евробарометру (% удовлетворения) b	Европейский потребительский индекс здоровья с
Австралия	н/д	н/д	2 (67)	1
Бельгия	5	4	3 (65)	8
Дания	н/д	н/д	6 (52)	7
Финляндия	9	4	1 (73)	6
Франция	5	4	4 (64)	3
Германия	8	2	8 (47)	4
Греция	13	13	14 (19)	15
Ирландия	2	1	13 (20)	11
Италия	11	11	12 (31)	13
Люксембург	2	9	5 (58)	9
Нидерланды	5	4	9 (46)	2
Португалия	11	11	12 (14)	13
Испания	9	10	10 (46)	10
Швеция	4	4	7 (48)	5
Соединенное Королевство	1	3	11 (31)	12

Источники: <sup>a</sup> Valentine и соавт., 2003 (138); <sup>b</sup> Европейская комиссия, 2002 (139); <sup>c</sup> Health Consumer Powerhouse, 2007 (136).

Примечания: EU15: Государства-члены ЕС до мая 2004; н/д: сведения недоступны.

шаги по улучшению качества и сравнимости оценок. Несомненно, что обеспечение прозрачности в составлении показателей и оценки значимости, выявление основных ценностей и усиление строгости в интерпретации результатов во всех областях, поддающихся влиянию организаторов здравоохранения, может (и должно) улучшить лечение населения.

Стратегии по увеличению первых четырех показателей соответствия ожиданиям ВОЗ (достоинство, автономность, конфиденциальность и коммуникации) обычно затрагивают организационные и политические аспекты. Образование и обучение персонала были пересмотрены для обеспечения большего уважения к человеческому достоинству, для обеспечения эффективного общения медицинского персонала и для улучшения конфиденциальности. Был проведен более эффективный обмен информацией; были созданы механизмы, позволяющие пациентам быть более независимыми, и принимать большее участие в принятии клинических решений, в качестве законных «помощников» лечения. Принятие этих мер не требует существенных дополнительных инвестиций.

Более сложной задачей является создание климата, который будет стимулировать медицинский персонал к более качественному лечению пациентов. У работников здравоохранения обычно оценивается профессионализм, но если оплата не может оправдать законные надежды медицинского работника, может ослабевать мотивация к труду, что приведет к потере способности оказывать помощь лучшего качества. В тех случаях, когда заработная плата особенно мала, работники здравоохранения могут начать получать деньги незаконно, работая только на основе неформальных платежей, тем самым ограничивая доступ к медицинской помощи. Поэтому сохранение соответствия ожиданиям граждан предполагает вложение адекватных ресурсов, стимулирующих работников здравоохранения к труду. Однако несмотря на то, что увеличение оплаты может быть дорогим, оно создает реальную возможность пересмотра тактики ведения и повышения соответствия ожиданиям граждан. Организаторы системы здравоохранения должны признавать, что меры, направленные лишь на регламентирование клинического поведения, могут привести к потере профессиональных качеств, подорвать автономность и мотивацию, в результате чего работники здравоохранения будут делать не больше, чем от них требуется.

Другие способы измерения соответствия, которые улучшают ориентацию клиента относительно услуг, требуют затрат большого количества ресурсов. Это особенно очевидно в тех случаях, когда

делаются попытки уменьшить время ожидания или улучшить оборудование. Однако помимо этого следует создать новые системы информирования пациентов и новые процедуры выражения пациентами своего неудовлетворения.

В целом руководители здравоохранения приближать систему здравоохранения к ожиданиям граждан посредством прямого включения конкретных требований, соответствующих надеждам пациентов в перечень услуг, или через встраивание их в стратегию предоставления услуг. Также возможен непрямой подход через влияния на работников здравоохранения посредством регулирующих действий, таких как законодательное принятие прав пациентов, льгот пациентов или специфических гарантий обслуживания (например, время ожидания), либо посредством установления функции Омбудсмана.

Кроме того, в свете выше приведенного подраздела 6.4, стратегии равенства можно включать в мероприятия по улучшению соответствия. Это связано с существованием явных различий в соответствии ожиданиям граждан, особенно среди этнических меньшинств. Одним из лучших опубликованных примеров является широко распространенная дискриминация цыганских поселений по всей Европе. Прямые и косвенные стратегии по повышению равенства в соответствии ожиданиям граждан будут улучшать доступ к медицинской помощи и снижать неравенство в отношении здоровья. Стратегии, которые не учитывают способность различных групп населения извлекать выгоду из мероприятий по повышению соответствия, таких, как выбор (см. подраздел по компромиссам), могут усилить неравенство.

### **Существуют ли компромиссы между соответствием ожиданиям граждан, эффективностью и равенством в отношении здоровья?**

Обращаясь к вопросу соответствия ожиданиям граждан, руководители здравоохранения обязательно должны учитывать значение компромиссов (140). Вложение капитала в одну область всегда оказывает влияние на другие области, ввиду чего достижение соответствия создает проблемы для эффективного достижения других целей системы здравоохранения, для улучшения здоровья и равенства.

Право осуществления выбора между различными лечебными учреждениями и врачами является показательным примером и иллюстрирует хорошую степень конкуренции. Выбор зачастую изображается в качестве основной проблемы, затрагивающей фундаментальные права, и является

инструментом для улучшения соответствия<sup>1</sup>. В странах с широким выбором учреждений здравоохранения или даже выбором врачей (141, 142, 143) существуют проблемы относительно разорванности медицинского обслуживания и дублирования исследований. Например, потребитель может выбрать разных врачей для оказания первичной и амбулаторной помощи при одном и том же эпизоде заболевания. В то время как такой подход соответствует ожиданиям потребителей, он является клинически нежелательным, поскольку обеспечивает худшие исходы лечения и ведет к «сверхиспользованию» медицинских услуг, подрывающему эффективность помощи. Существуют также «способы лечения», лечебные вмешательства и лекарственные препараты, не обладающие ни эффективностью, ни рентабельностью, однако ценящиеся пациентами, что создает прямой конфликт между соответствием и эффективностью. Руководители здравоохранения должны управлять этими компромиссами, хотя увеличивается число доказательств, что они переоценивают значимость для пациентов способности к неограниченному выбору. Во Франции был создан ряд схем по ограничению способности к выбору, в то время как в Дании, где лечением большей части населения занимаются врачи общей практики (ВОП), были введены «двойные схемы», в результате которых лишь небольшой процент населения предпочел ВОП для каждого эпизода лечения с оплатой непосредственно за случай обслуживания.

Равенство является вторым важным понятием в отношении компромиссов с потенциальным значимым конфликтом между собственно равенством и соответствием ожиданиям граждан. Меры, направленные на увеличение соответствия ожиданиям граждан (в том числе и те, которые касаются выбора) могут предоставить преимущества тем слоям населения, которые обладают большей способностью к сравнению и выбору между доступными вариантами, как, например, в недавнем опыте Соединенного Королевства (144). При этом намечается тенденция к выгоде для более молодых, более здоровых, более богатых и более образованных, которые способны сделать действительно осознанный выбор услуг, что было названо обратным законом участия (145). Все это приводит к усугублению неравенства. Руководители здравоохранения должны ясно понимать, как они смогут уравновесить конкурирующие проблемы и реализовывать идеи равенства, расширяя доступ к информации относительно услуг и создавая положительные

<sup>1</sup> Выбор также использовался для борьбы с монополией поставщиков услуг здравоохранения. Цель этих стратегий состояла в том, чтобы увеличить эффективность посредством введения конкуренции, а не через улучшение соответствия.

стратегии для увеличения доступа и выбора для более низких социально-экономических групп.

Все компромиссы следует рассматривать в свете конкретной среды, поскольку соответствие ожиданиям граждан также может играть значительную роль в улучшении социального благополучия. Как и всегда, среда имеет чрезвычайную важность. Это та область, где культура играет огромную роль в формировании восприятия, делая особенно сложной экстраполирование от одной страны или группы населения к другой. Руководители здравоохранения должны использовать значимость, которую они придают соответствию и меры, которые они предпринимают для его достижения, для отражения социальных норм и ожиданий с учетом доступности ресурсов. Однако ограничение ресурсов (и необходимость равенства) не всегда приводит к максимальному снижению соответствия.

В сумме соответствие имеет значение как само по себе, так и в оценке пациентами и гражданами деятельности системы здравоохранения. Иногда стремление к его достижению может приводить к существенному увеличению расходов, в результате чего возникают вопросы: как дорого обойдется обществу соответствие его ожиданиям граждан, и как много будет стоить это соответствие ожиданиям граждан для равенства в отношении здоровья? Однако многие стратегии по увеличению соответствия обладают также и рентабельностью, выраженной в улучшении здоровья. Например, соответствие ожиданиям граждан приводит к лучшей приверженности лечению, которая имеет особое значение при лечении хронических заболеваний. Роль организаторов здравоохранения при этом (как всегда) должна состоять в обеспечении хорошего управления, прозрачности и ответственности для использования существующих ресурсов с целью улучшения соответствия ожиданиям граждан и в определении компромиссов между различными целями. Они также должны играть роль в предложении и интерпретации информации относительно соответствия, побуждать население принимать участие в формировании решений, включая компромиссы и оценку альтернативных издержек при инвестировании соответствия ожиданиям граждан, а не других целей по улучшению здоровья.

## 6.6 Непосредственный вклад систем здравоохранения в экономику

В предыдущих пяти подразделах рассматривалось влияние систем здравоохранения на здоровье (личное и общественное), а также цели соответствия и равенства, которые, в свою очередь, вносят непосредственный вклад в социальное благополучие. Системы здравоохранения также оказывают

прямое и выраженное воздействие на экономику. В данном разделе будет кратко рассмотрена «правая сторона» нашего концептуального треугольника (см. рис. 3.1). Причиной рассмотрения этого вопроса является его близость к проблемам инвестирования и важное стратегическое значение.

Система здравоохранения «оказывает влияние» на экономику, хотя бы уже из-за ее размера. Она представляет собой один из важнейших секторов в странах с развитой экономикой и обычно является одной из крупнейших сфер оказания услуг. Оценки ее производительности варьируются, однако она составляет около 7% от ВВП в странах EU15, что больше сектора финансовых услуг или сектора розничной торговли (по 5% каждый) (146). Экономическая значимость сектора здравоохранения будет в дальнейшем проиллюстрирована посредством его непосредственного воздействия на рынок труда. Эта область является гораздо более трудоемкой, чем, например, производство или информационные услуги. При этом 9,3% всего населения (в возрасте от 15 до 64 лет) в настоящее время работают в секторе здравоохранения и социальном секторе в странах EU27 (147). Более того, занятость в секторе здравоохранения в Европе последние десятилетия продолжала увеличиваться. При этом скорость роста в среднем составляла 1,7% в год с 1990 по 2001 гг. по странам EU15, хотя и со значительными вариациями между различными странами (146).

Кроме того, деятельность сектора здравоохранения затрагивает конкурентоспособность всей экономики через ее влияние на стоимость труда, возможность изменения деятельности и гибкость рынка труда. Кроме того, увеличение расходов на здравоохранение главным образом финансируется посредством увеличения налогов и/или страховых взносов, что влияет на стоимость труда и, таким образом, на международную конкурентоспособность. Поэтому важно, чтобы увеличивающиеся затраты на здравоохранение компенсировались улучшением уровня здоровья, обеспечивающим повышение производительности.

Система здравоохранения также может делать вклад в экономику посредством исследований и разработок. Биотехнология, медицинские приборы, лекарственные препараты и e-Здоровье<sup>1</sup> (148) требуют нововведений высокого уровня со

значительным рыночным потенциалом. Исследования и разработки могут иметь «потенциал распространения» или эффект множителя, при котором одно открытие способствует созданию других и увеличению их производительности (149). Развитие биотехнологии в медицинском обслуживании может иметь преимущества и для других секторов, таких как пищевая промышленность. Это может быть одной из причин того, что в развитых странах существует явная цель увеличения расходов на исследования и разработки в здравоохранении<sup>1</sup>. В общей сложности 18,7% всех внутренних расходов на исследования и разработки в 2004 по странам EU-25 в государственном секторе и секторе высшего образования было затрачено на медицинские науки (150). Больше средств было потрачено только на естественные науки, инженерии и технические науки. Тем не менее, на сегодняшний день существуют достаточно четкие доказательства того, что связанные со здравоохранением исследования и разработки оказывают значительное положительное влияние на экономику Европы и всего мира.

Однако размер сектора здравоохранения и его коммерческий потенциал являются недостаточными основаниями для инвестирования в этот сектор в качестве прямой стратегии роста. Несомненно, что если произойдет увеличение расходов на здравоохранение, при всех прочих равных, ВВП также будет расти. Ключевую роль здесь играет фраза «если все прочее останется постоянным». В большинстве случаев это условие не выполняется. Если правительство увеличит расходы на здравоохранение, ему придется сократить расходы на какие-либо другие области, отзывая, таким образом, труд и/или капитал из других секторов, особенно если доступные ресурсы уже полностью используются. Ключевой вопрос здесь следующий: позволит ли инвестирование в здравоохранение в долгосрочной перспективе добиться лучшей экономической отдачи, чем инвестирование в другие секторы. Ситуация остается спорной. Однако там, где имеется значительный уровень неполной занятости, при увеличении затрат на здравоохранение произойдет перемещение ресурсов из других областей, при этом польза от такого вмешательства будет низкой или вовсе будет приближаться к нулю. Расходы на общественное здравоохранение можно рассматривать

<sup>1</sup> Например, e-Здоровье определяется ЕС как один из шести рынков с самым высоким потенциалом роста и, в то же время, как имеющий высокое социальное значение.

<sup>1</sup> Например, в пересмотренной версии Лиссабонской программы ЕС, одной из очень немногих количественных целей было достижение уровня исследований и разработок равного 3% от ВВП к 2010 г.

как стратегию стимулирующую спрос, создающую рабочие места и способствующую экономическому росту.<sup>1</sup> Это может быть особенно важно в контексте регионального развития. Кроме того, инвестирование в медицинские услуги в таких обстоятельствах может быть существенной предпосылкой для внутренних инвестиций. Эта проблема признана некоторыми региональными сетями<sup>2</sup> в Стратегии здоровья ЕС на 2007–2013 гг., «Вместе за здоровье». Улучшения в этой области можно добиться посредством включения инфраструктуры здравоохранения в область для инвестирования структурных фондов ЕС (151).

Степень, до которой инвестирование в системы здравоохранения является экономически оправданной, зависит от экономической производительности и от альтернативных издержек в случае инвестирования других областей. Аргументы в пользу оправданности инвестирования производства медицинских препаратов и приборов против сдерживания стоимости (через регулирование цены и ОТЗ) должны быть тщательно уравновешены с альтернативными стратегиями инвестирования и, что более важно, с возможной неэффективностью в секторе здравоохранения, обусловленной несоответствующим использованием данных технологий.

---

<sup>1</sup> Альтернативная стратегия состояла бы в уменьшении налоговых ставок с целью стимулирования потребительских расходов. Основное отличие здесь заключается в том, что дополнительные расходы на здравоохранение вовлекают более реальные ресурсы в предоставление медицинского обеспечения, в то время как снижение налогов вовлекает реальные ресурсы в производство любой потребительской покупки с дополнительным доходом, который можно включать в дополнительное производство (и рабочие места) за границей из дополнительного импорта.

<sup>2</sup> Например, сеть «группировки здоровья» по 13 Европейским регионам, работающая для увеличения вклада расходов на сектор здравоохранения в региональное развитие.

## 7. Улучшение деятельности систем здравоохранения

В предыдущем разделе было приведено много доказательств того, что хорошо управляемые системы здравоохранения могут оказывать существенное влияние на здоровье (во всех его проявлениях), благосостояние и основную свою цель — социальное благополучие. Однако существует очень важное различие между способностью оказать влияние и фактическим значением. Реализация потенциала систем здравоохранения требует хорошего управления и адекватного расхода ресурсов. А при рассмотрении вложения в них дополнительных средств должны существовать доказательства их действительной эффективности.

Руководители здравоохранения долго шли к пониманию этого и стремились улучшать системы здравоохранения через многочисленные реформы, касающиеся всех функций системы здравоохранения. Однако этот путь (обычно) не был таким активным или успешным в оценке того, приводят ли данные реформы к действительно значимому результату. Данная тенденция к «реформированию» без критической оценки результата изменяется. Руководители и организаторы здравоохранения все более и более признают значимость структурированных и систематических подходов к определению деятельности в плане того, что ожидается от системы, как используются ресурсы и какой результат достигается. Критерии качества деятельности не могут, однако, решить все проблемы системы здравоохранения самостоятельно, но при правильном сочетании инструментов управления и стимулов они могут быть высоко эффективными.

В данном разделе представлен краткий описательный обзор основных стратегий реформирования, используемых Европейским регионом ВОЗ для улучшения деятельности систем здравоохранения (подраздел 7.1), хотя они не часто связывались с попытками определить полученные преимущества в повышении эффективности. Внимание здесь сосредоточено на развитии системы оценки эффективности, посредством которой можно улучшить программу, реализацию и управление реформами (подраздел 7.2). Наконец, здесь рассматривается вопрос относительно того, способны ли будут организаторы здравоохранения в одиночку обеспечивать (и гарантировать) оптимальную и эффективную деятельность, прозрачное и понятное функционирование систем оценки эффективности на всех уровнях, что и будет в дальнейшем являться ключом к инвестированию в системы здравоохранения.

### 7.1 Стратегии реформирования систем здравоохранения

Многие системы здравоохранения в Западной Европе и странах ЦВЕ втянуты в процесс реформирования. Эти страны экспериментировали с широким диапазоном стратегий по улучшению качества, соотношения цены и качества, а также по обеспечению устойчивости системы. Этот процесс особенно активно проходил с конца 1980-х гг. в Западной Европе и с конца 1990-х гг. в Центральной Европе.

Данный раздел затрагивает соответствующую главу основного руководства (152) и обширный список сравнительных исследований реформ системы здравоохранения, проведенных за последнее десятилетие, включая исследования Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения (153). Здесь кратко описываются основные стратегии реформирования и освещаются основные цели каждой группы реформ в соответствии с четырьмя основными функциями системы здравоохранения (см. раздел 2, рис. 2.1). Эти группы следующие:

- предоставление медицинского обслуживания (с реформами относительно соответствия и рентабельности);
- мобилизация ресурсов (с реформами, направленными на обеспечение правильного уровня и комбинации вложений, особенно человеческих ресурсов, технологий и капитала);
- финансирование (с реформами, направленными на две подфункции):
  - накопление доходов (для обеспечения устойчивости и сплоченности);
  - снабжение (с акцентом на эффективном снабжении для улучшения распределительной и технической эффективности);
- управление и мероприятия по укреплению управления, ответственности и соответствия ожиданиям граждан.

В данном разделе мы не надеялись провести исчерпывающий анализ воздействия огромного диапазона вышеупомянутых стратегий, или представить их во всех подробностях. Вместо этого мы попытались представить краткую характеристику тех шагов, которые государства-члены Европейского региона ВОЗ предпринимали в последние годы для улучшения деятельности систем здравоохранения. При

этом раздел является скорее описательным, чем нормативным. Здесь также стоит отметить два дополнительных пункта. Во-первых, во многих случаях имеется недостаточное количество данных, чтобы на сегодняшний день провести полную оценку реформ. Во-вторых многие из этих реформ в значительной степени зависят от окружения. Исторические и организационные обстоятельства, культура и система ценностей, на фоне которых проводятся реформы, в значительной степени определяют их эффективность. Это усложняет обобщение мнения относительно факторов, которые облегчают или затрудняют передачу положительного опыта между различными странами.

### **Рентабельность предоставления медицинского обслуживания**

Лечебное медицинское обслуживание является основной частью функции предоставления услуг. Оно значительно варьируется среди различных популяций и контролирует значительное количество ресурсов системы здравоохранения. Поэтому лечебное медицинское обслуживание является центральной (и логической) точкой приложения реформирования в Европе. Руководители здравоохранения стремились улучшить деятельность по предоставлению услуг и, в особенности, их рентабельность посредством широкого диапазона реформ, и особенно посредством мероприятий, направленных на улучшение интегрированности и координированности предоставления услуг. Были также предприняты попытки замещения уровней предоставления медицинской помощи (во многих случаях замещение стационарного лечения усилением амбулаторного звена, что, в свою очередь, позволяет модернизировать больницы), децентрализации снабжения (с целью внедрения большого количества новых организационных моделей со значительным вовлечением частного сектора), а также введения ряда мероприятий по улучшению обеспечения качества. Некоторые из этих реформ кратко описаны ниже.

Старение населения в большей части Европы (см. раздел 4) увеличивает бремя хронических заболеваний и представляет назревающую проблему по предоставлению услуг. Конечно же, здесь возникают проблемы относительно того, как обеспечить наилучшую *координацию и интеграцию услуг* на различных уровнях и *обеспечить преемственную помощь* (154, 155, 156). В странах Европы был разработан широкий диапазон новых моделей обслуживания, направленного на обеспечение непрерывного лечения хронически больных в наиболее соответствующих условиях. К ним относятся сети первичного ухода и стратегии сестринского ухода, особенно в странах с прочными традициями

первичной помощи, таких как Нидерланды, Швеция и Соединенное Королевство, четкие механизмы по координации деятельности учреждений здравоохранения, такие как «сети здоровья» во Франции или «цепи ухода» в Швеции); программы ведения заболеваний (Германия, Нидерланды) (157). Это часто облегчается стратегиями по приспособлению профессиональной структуры занятости человеческих ресурсов, подготовкой мультидисциплинарных команд, поддержкой аудита и наблюдения за качеством. Реформы в финансировании и стимулирующих схемах имели равную значимость в отношении ухода. К примерам можно отнести основанное на риске финансирование или перераспределение средств по фондам заболеваний (Германия, Нидерланды), устранение (или уменьшение) дополнительных платежей и премий при «вербовке» пациентов (Франция, Германия), а также оплаты за выполнение работы (Соединенное Королевство) (157). При этом были созданы рычаги для улучшения интегрированности в предоставлении услуг, и, несмотря на то, что эффективность большинства реформ зависит от конкретных условий среды, они обладают действительно огромным потенциалом для использования полученного опыта в других странах. Не в последнюю очередь это связано с пониманием характера влияния на различные функции для достижения реформирования.

Существовала также тенденция к *замещению медицинского обслуживания*, с перераспределением ухода между третичными, вторичными и первичными уровнями на основе социального здравоохранения и ухода. Был сделан больший акцент на распределение средств в наиболее рентабельные области, поддержанные человеческими ресурсами, профессиональной структурой занятости и технологиями. В особенности была предпринята масса попыток *замещения стационарного лечения другими видами помощи*, например, замещение дорогостоящего стационарного лечения более рентабельной альтернативой хирургии одного дня (158); это касается не только стоимости, но и помогает в решении проблем обеспечения медицинской помощью рассеянных поселений и создания большей доступности медицинского обслуживания для населения.

Эти реформы сопровождалась модернизацией больниц (159, 160). Опять же, связи между функциями позволяют облегчить применение новых подходов и внедрение заказных покупательных механизмов, вовлекающих контракты, избранные контракты и механизмы оплаты по факту выполнения работы, которые позволили достичь изменений, в частности, уменьшением количества больниц и больничных коек по Европейскому региону, и особенно, в странах ЦВЕ и СНГ, что обсуждается в подразделе по финансированию.

Эти реформы (особенно относительно интеграции и замещения) зачастую приводили к сдвигу равновесия способности финансирования и принятия решений относительно первичного ухода и повсеместно укрепляли его роль в интеграции. И действительно, *укрепление первичной помощи*, или «помещение первичной помощи у руля» (161) было центральным моментом во время многих попыток по улучшению рентабельности предоставляемых услуг (162). В одной из моделей принималась попытка передать часть или все финансирование госпитального бюджета сектору первичной помощи (управления муниципального и общественно-го здоровья в Финляндии, окружные управления здравоохранением в Швеции, управления первичной помощи в Соединенном Королевстве). Другой популярной стратегией являлось внедрение и/или усиление моделей первичной помощи на основании семейных врачей (или ВОП) с широким мультидисциплинарным набором услуг первичной помощи. В других реформах большее внимание уделялось повышению эффективности первичной помощи, что включало изменения (и расширение) задач данного звена с управлением через стимулы оплаты (см. подраздел относительно финансирования, ниже) с внедрением новой информации, технологий связи и механизмов обеспечения качества. Эти изменения касаются предоставления услуг, финансирования и управления. Кроме того, успех реформирования первичной помощи в значительной степени зависел от мобилизации ресурсов и от внедрения соответствующих программ обучения, таких как для семейных врачей (см. ниже).

Одной из последующих реформ, вовлекающих первичную помощь и имеющих особую значимость в данном анализе, является интеграция ряда действий по улучшению здоровья с профилактическими мероприятиями на уровне оказания первичной помощи (вне зависимости от направленности на конкретного человека или на все население). Так, первичное здравоохранение взяло на себя все увеличивающуюся роль в выполнении рентабельных вмешательств в общественное здоровье, таких, как систематический скрининг артериальной гипертензии, уровня холестерина и ряда онкологических заболеваний, а также предоставление советов относительно факторов риска, включая диету, алкоголь и курение. Важным аспектом этого процесса был сдвиг вертикальных программ здоровья (таких как иммунизация, контроль за туберкулезом или заболеваниями, передающимися половым путем) в интегрированные горизонтальные структуры оказания первичной помощи. Эта *интеграция вертикальных программ* подтверждается тем, что она увеличивает эффективность и улучшает результаты в таких областях, как ВИЧ, психическое здоровье, а также при некоторых инфекционных заболеваниях.

Несмотря на преимущества в управлении, этот подход также имел ряд проблем как вследствие неприменимости ко всем программам здравоохранения, так и в результате воздействия среды внутри страны (163).

Некоторые правительства внедряют инновационные стратегии управления обслуживанием (зачастую под руководством *New Public Management*) с целью переместить предоставление услуг первичным звеном из модели «пассивного управления» в модель более «активного ведения». Одной из наиболее широко принятых моделей NPM проводилась реструктуризация государственных больниц в *полунезависимые общественные фирмы* [Эстония, Норвегия, Португалия и Соединенное Королевство, с региональными примерами в Андалузии (Испания) и Венето (Италия)]. Эти новые модели больничной собственности обладают полуавтономной структурой управления (зачастую с отдельным собственным советом попечителей), в то же время оставаясь в государственной собственности и сохраняя некоторую форму общественной ответственности. Разработка и влияние этих новых организационных моделей в значительной степени определялись разделением функций покупателя и поставщика услуг, введением стратегических закупок, конкуренцией поставщика услуг и заключением отдельных контрактов. Все это рассмотрено ниже в подразделе по финансированию.

К другим стратегиям NPM, направленным на улучшение стандартов, относится *заключение контрактов не с управлением центрами оказания первичной помощи*, а с частными некоммерческими рентабельными фирмами (Финляндия, Швеция) и обеспечение пациентов общественно финансируемыми фиксированными средствами для непосредственной оплаты за уход на дому или при хронических заболеваниях (Нидерланды и Соединенное Королевство), соответственно.

Во многих странах все увеличивается интерес к *укреплению права выбора пациента* для того, чтобы увеличить соответствие ожиданиям граждан (подраздел 6.5) и позволить финансировать потоки, которые будут использоваться по предпочтению пациента, что будет стимулировать конкуренцию среди организаций здравоохранения (и, вследствие этого, эффективность). В системах, основанных на налогах, выбор обычно проводился работниками системы здравоохранения (Дания, Норвегия, Швеция), в то время как в Соединенном Королевстве пациентам предлагается некоторый выбор между частными и общественными больницами. В странах с социальным страхованием от болезней выбор сосредотачивается на *фондах избранных заболеваний* (Германия, Швейцария) или «страховых компаниях» (Чешская Республика, Нидерланды). Более

подробное обсуждение этих реформ проводится в следующем подразделе, касающемся финансирования. Тем не менее важно отметить, что многие из этих экспериментов не сопровождались (значительным) укреплением систем управления и имели негативные последствия для охвата страхованием и равенства в оказании медицинской помощи. Опыт ряда стран ЦВЕ ясно демонстрирует, почему необходимы сильные системы управления, поскольку реформы при улучшении эффективности не должны подрывать социальную сплоченность.

В дополнение к расширенному выбору, государства-члены использовали широкий диапазон мероприятий, направленных на *уполномочивание пациента*, увеличивающее участие пациента в процессе лечения и соответствие ожиданиям граждан (подраздел 6.5), включая законодательное признание прав пациентов, формальное разграничение прав и обязанностей покупателя и поставщика; введение услуг омбудсмена и увеличение участия пациентов в принятии решений относительно их лечения. Последнее особенно важно в отношении хронических заболеваний, поскольку участие пациента и его самостоятельное лечение улучшают результаты. Это требует того, чтобы система создавала грамотность в отношении здоровья, увеличивая включение пациентов в решения относительно лечения, а также научила пациентов играть активную роль в самостоятельном лечении при хронических заболеваниях (164).

Многие из вышеописанных мероприятий отражают изменяющуюся позицию относительно *различия между общественным и частным* в Европейских системах здравоохранения. Традиционные жесткие границы между этими двумя секторами до некоторой степени размывались, в результате чего в некоторых странах появилась возможность объединения различных форм общественного и частного здравоохранения в общественно ответственные рыночные структуры. Практически обсуждения 1990-х годов относительно того, «могут ли» использоваться рыночные механизмы, были заменены энергичным обсуждением того «как адаптировать традиционные рыночные структуры к удовлетворению новых потребностей сектора здравоохранения». Диапазон этих смешанных общественно-частных моделей и их воздействия очень широк, но в большинстве случаев их внедрение продемонстрировало потребность в усилении мер управления (165), включая попытки регулирования и оценку деятельности (см. ниже).

Поскольку во многих реформах происходит перекрытие между целями увеличения эффективности и увеличением соответствия ожиданиям граждан (как, например, при выборе поставщика услуг здравоохранения), существуют реформы,

в которых для улучшения предоставления услуг используются качество и рентабельность. Государства-члены предприняли широкий диапазон *качественных инициатив*, от широкого уровня на основании всей системы до клинического урегулирования. К ним относятся национальное законодательство и политика относительно качества помощи; всесторонние стратегии по безопасности пациента; регистрация и лицензирование новых технологий и лекарственных препаратов; обучающие программы по качеству; аккредитация врачей и клинических руководств; информационные системы и способы обеспечения качества (166).

Одной из ключевых качественных инициатив является *ОТЗ*. Во многих странах была усовершенствована специфическая оценка рентабельности лекарственных препаратов и других медицинских технологий с целью обеспечения того, чтобы при предоставлении услуг поставщик избегал неэффективных или ятрогенных вмешательств и достигал хорошего соотношения цены и качества. Формальные агентства ОТЗ были созданы по всей Европе, во Франции, Швеции и Нидерландах в 1980-х, соответственно; в Австрии, Испании, Финляндии, Латвии, Соединенном Королевстве, Дании и Германии в 1990-х, соответственно, а также Венгрии и Бельгии (2001–2003). Большинство из них играют консультативную или регулируемую роль в процессе принятия решений (36). Все они обладают возможностью обеспечения показателей качества и эффективности, а также увеличения стабильности системы здравоохранения. Тем не менее использование ОТЗ на практике зачастую ограничивалось недостатком ресурсов и осложнялось этническими, технологическими и политическими проблемами.

### **Производство ресурсов: соответствующий уровень и комбинация вкладов**

Второй функцией системы здравоохранения и другим основным направлением для реформирования является производство ресурсов, охватывающее человеческие ресурсы, увеличение капитала и внедрение (новых) технологий.

Человеческие ресурсы находятся под постоянным давлением демографических измерений, включая миграцию и выраженный *дефицит штата*. Большинство стран сталкивается с проблемами, связанными с *географическим распределением персонала* и особенно с неравным распределением врачей между городскими и сельскими районами. Кроме того, новые модели ухода формируют новые проблемы для персонала, особенно относительно изменений в *профессиональной структуре занятости* (167, 168).

Дефицит штата зачастую является весьма значительным. Многие страны Западной Европы пытались исправить эту ситуацию посредством приглашения врачей и медицинских сестер из других стран ЕС (польских врачей в Швецию; шведских медсестер в Норвегию) и из других стран (ВОП из Юго-Восточной Азии и Африки в Соединенное Королевство). В 2005 г. Соединенное Королевство и Ирландия занимали место в рейтинговой таблице около США, Австралии, Канады и Новой Зеландии по наличию самой большой доли обучаемых за границей врачей по всем странам ОЭСР; от одной четверти до одной трети всех ВОП обучались в другой стране. Доля обучающихся за рубежом врачей также быстро увеличивается во Франции, в Швейцарии и некоторых скандинавских странах. Для *управления миграцией* и особенно для минимизации негативного влияния «утечки мозгов» было предложено множество инновационных стратегий. К ним относятся удерживание и обмен персоналом, образовательная поддержка, международный мониторинг, двусторонние соглашения, а также международные и этические кодексы набора сотрудников (169). В то же время объединение финансовых и/или регулирующих мер используется для привлечения врачей в сельские области из городов и для решения проблемы географического дисбаланса внутри страны.

Руководители здравоохранения пытались решить проблему дисбаланса профессиональной структуры занятости (170) посредством множества стратегий, таких как *замещение, делегирование и нововведение*. К ним относится создание новых профессиональных ролей, *обучение и/или переобучение персонала*, адаптирующие программы обучения для новых технологий и отражения новых моделей медицинской помощи. Меры по подготовке новых врачей общей практики (Соединенное Королевство) по поощрению медицинских работников к работе в области оказания первичной помощи (Финляндия, Швеция) весьма распространены в Западной Европе. В странах ЦВЕ и СНГ наблюдается тенденция к преобразованию специалистов поликлиники в автономных ВОП посредством реформ, начавшихся в середине 1990-х в таких странах как Эстония и Венгрия (хотя, как ни парадоксально, сегодня в Англии намечаются тенденции к созданию поликлиник). Попытки ускорения обучения медсестер (Нидерланды), поощрения медсестер, собирающихся уйти из данной профессии и тех, которые уезжают, чтобы возвратиться, встречаются повсеместно. Руководители здравоохранения в отдельных странах также внедряли экспериментальные схемы по замещению работы врача или сиделки (профессиональными медсестрами и помощниками врача).

В отношении общественного здоровья, в ряде стран СВЕ и СНГ был предложен большой диапазон программ по *переобучению бывших работников санитарно-эпидемиологической службы* с целью развития современных методик в здравоохранении, включая поощрение здорового образа жизни и профилактику, хотя и с ограниченным успехом.

В отношении переобучения и поддержания профессионализма, в противоположность заполняющемуся недостатку навыков, в большом количестве стран на сегодняшний день требуется *продолжение образования* как часть регулярного *процесса пересертификации врача (171)*. Например, национальные регулирующие органы могут требовать от врачей прохождения определенного количества часов обучения или специальных курсов. Эти реформы способствуют улучшению качества работы.

Относительно увеличения капитала был сделан пересмотр ранее существовавшего мнения относительно границ общественной и частной медицины (отмечено ранее). Была испытана инновационная политика, созданы новые модели собственности и разрешено использование частных средств для построения общественных больниц (например, частные финансовые инициативы в Соединенном Королевстве). Этот подход является спорным и дает различные результаты. Австралийские больницы, построенные по этой модели, перешли обратно в государственную собственность, в то время как в Соединенном Королевстве существовали проблемы относительно их качества и стоимости.

Относительно лекарственных препаратов наблюдался значительный (и повсеместный) рост общих расходов на здравоохранение в данной области, при котором руководители здравоохранения изо всех сил пытались поддержать качество, сдержать стоимость и ответить на ожидания пациентов. Они применили широкий диапазон регулирующих стратегий по повышению качества и эффективности лекарственных препаратов (172). Например, замена более дешевых дженериков на брендовые препараты после истечения срока патента стала весьма распространенным подходом для сдерживания затрат во многих странах (и, конечно более оправданным подходом). Кроме того, как отмечено ранее, многие европейские страны стали использовать агентства ОТЗ, тщательно исследующие новые фармпрепараты на предмет рентабельности. Агентства ОТЗ также используются для рассмотрения аргументов в пользу внедрения новых технологий, но, поскольку системы здравоохранения испытывают давление со стороны потребителей, сдерживание внедрения новых технологий является достаточно непростой задачей.

### Финансирование (накопление доходов и их группировка): устойчивость и единство

Системы здравоохранения могут отвечать своим клиническим и социальным обязанностям лишь при условии повышения финансирования, необходимого для работы. Обеспечение соответствующих систем для создания фонда риска является важной частью функции систем здравоохранения, в то время как стоимость услуг может быстро превысить способность заплатить для всех, кроме наиболее богатых людей. Более того, эти меры должны быть устойчивыми в будущем, не принося в жертву социального и межгруппового единства (основная задача политики). Во всех странах проводится накопление средств независимо от основного источника финансирования (например, государственные выплаты или долевые отчисления) и конкретных мероприятий по накоплению (например, через одно или множество агентств, конкурирующих или неконкурирующих, и т.д.). Это не зависит от того, находится ли страна в Западной Европе, ЦВЕ или Центральной Азии. При этом системами здравоохранения осуществляются многочисленные несогласованные, а иногда и противоречивые мероприятия, отражающие их экономическое/физическое окружение (например, формальное участие работников, способность правительства взимать налоги, и т.д.) и политические предпочтения, в особенности степень, до которой они преследуют перераспределительную политику.

В ряде стран были *изменены ответственности и агентства по накоплению фондов*. В некоторых случаях изменения касались «бюджетных» систем универсальных прав населения, как в Финляндии (1990-е), Италии, (1997–2001) или Испании (2001), где вся ответственность за накопление (и покупку) медицинской помощи была децентрализована от государственного до регионального уровня, а также в Дании (2007), где наблюдался обратный сдвиг от регионального до национального уровня. Были также широко распространены изменения в общественном секторе (особенно значительно в ЦВЕ) от общих налоговых сборов и универсальных прав населения до специализированного (обычно в виде платежной ведомости) налогового финансирования и права, основанного на вкладах.

Во многих странах ЦВЕ и Балтии были введены *меры страхования здоровья*, которые позволили вернуть уровень систем здравоохранения к досоветскому. К ним относятся восемь стран с 1990 по 1999 (Венгрия, Эстония, Чешская Республика, Словакия, Литва, Болгария, Польша и Румыния). Государства-преемники Югославии обратились к этой проблеме по различным историческим и мотивационным причинам, унаследовав высоко централизованную систему социального страхования,

относящуюся ко времени 1948 (173). Большинство из этих стран переключились на централизованный единый страховой фонд к началу 1990-х (Республика Македония, Сербия и Черногория соответственно, каждая со своим собственным фондом, также как и Хорватия и Словения). Накопление ресурсов в Боснии и Герцеговине остается децентрализованным с 13 фондами на 3,9 миллионов населения. 12 стран СНГ имеют меньшую склонность к формированию социального страхования, при этом лишь в пяти странах были введены некоторые формы обязательного страхования здоровья с 1993 по 2004 г. (включая Российскую Федерацию, Кыргызстан и Молдову). Две другие страны (Грузия и Казахстан) на сегодняшний день распустили фонды социального страхования, хотя в Казахстане сохраняются некоторые из сделанных изменений (174).

В некоторых странах основное внимание фокусировалось на *сдвиге бремени коллективного финансирования на индивидуальный уровень* либо посредством поддержки частного добровольного рискованного страхования, как в ЦВЕ (хотя частный рынок остается ограниченным) или косвенно, через дополнительное страхование, покрывающее предписанные законом расходы (Франция, Израиль и Словения) (175). В других странах затраты были распределены между людьми, получающими помощь, посредством увеличения дополнительных платежей. *Распределение стоимости* было введено во всех странах ЦВЕ как средство увеличения доходов после широко распространенного и выраженного уменьшения экономической и финансовой независимости. В частности, в странах СНГ оно в значительной степени отражает потребности (учитывая сокращение правительственных расходов) и желание узаконить значительные платежи наличными, а не осознанный политический выбор финансирования общественного здравоохранения из частных ресурсов. В 2004 г., например, наличные платежи составляли около половины общих расходов на здравоохранение в Армении, Азербайджане, Грузии, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане (176). Позже распределение стоимости было принято и в других странах, включая ряд государств-членов ЕС (Австрия, Чешская Республика, Эстония, Франция, Германия, Венгрия, Нидерланды, Португалия и Румыния).

Другие страны пытались создать или увеличить *конкуренцию между фондами, управляющими доходами от обязательного социального страхования* (включая некоммерческие и рентабельные страховые агентства). Это иногда отражало стремление к улучшению соответствия ожиданиям граждан или равенства во вкладах или правах (посредством введения выбора и регулирования риска), а иногда — желание улучшить покупательную способность, а

также повысить эффективность и качество (Чешская Республика, Германия, Нидерланды, Словакия и Швейцария). Однако этот подход сталкивается с множеством трудностей, особенно в отношении возможности выбора риска, что представляет собой серьезную угрозу для равенства. Наряду с существованием в данных странах определенных механизмов по регулированию рисков, позволяющих компенсировать затраты на участников с высокими рисками, там наблюдаются высокие страховые затраты, которые могут быть политическими и техническими. Однако примеры Чешской Республики за 2003–2006 гг. и практика Германии (где наблюдается 100% перераспределение ресурсов) демонстрируют, что снижение страховых взносов населения может эффективно устранить различия в уровне здоровья людей, застрахованных в различных фондах и может иметь потенциальные преимущества в выборе рисков страховщиком<sup>1</sup> (177, 178).

Чешский и немецкий примеры непосредственно касаются вопроса о *механизмах общественного накопления средств*, который является приоритетным для некоторых стран. Целью всех этих вмешательств является обеспечение того, чтобы доходы страхового фонда (или налоговые поступления) четко отражали те риски, которые они покрывают. Другими словами, их целью является компенсация средств фондам (или регионам) с более бедным населением и/или населению с высоким риском возникновения заболевания, к которому относятся пожилые люди.

В других странах, где были введены страховые фонды, эти фонды использовались для *уменьшения разрозненности накопления средств*. Конечно же, страны СНГ, такие, как Кыргызстан, видели в этом возможность отойти от советской системы, связывавшей все административные уровни (центральный/республиканский, провинциальный/областной, окружной/городской/районный) и «соответствующие» уровни оказания медицинской помощи и управления, что приводило к дублированию инфраструктуры, особенно в городских областях, при которых несколько городов считались частью *области*. В Кыргызстане, например, для оценки на протяжении четырех лет, начиная с 2001 г., использовался Фонд обязательного страхования здоровья. При этом проводилось объединение в общий фонд всех местных доходов (*районных и областных*) на *областном* уровне. Оплата проводилась (раздельно управляемая) на основании производительности (оплата, зависящая от нагрузки на

больницы) и потребностей населения (подушевая оплата за первичную помощь). Это позволило устранить разрозненность платежей, существовавшую на уровне *областей*, и предоставило возможность для объединения фондов на национальном уровне в 2006 г. Это также помогло уменьшить неравенство в затратах на государственное здравоохранение на душу населения между различными *областями* (177). Точно также в Молдове в 2004 г. введение фонда обязательного медицинского страхования позволило создать единый национальный фонд (вместо ранее существовавшей системы, при которой сборы были децентрализованными на *районном* уровне), что привело к увеличению равенства в государственных затратах на здравоохранение по стране (179).

Некоторые области, однако, оказываются особенно сложными для реформирования, например *финансирование долгосрочного ухода*. Страхование лучше всего подходит для ситуаций, при которых все население имеет сходный риск развития заболеваний, а фактический риск является незначительным и непредсказуемым. Однако ситуация гораздо сложнее, когда риск осуществления выплат высок. Специализированные модели финансирования, основанные на отдельных страховых фондах, были созданы в некоторых странах с существующими схемами социального страхования и особенно острыми проблемами. К ним относятся Нидерланды (на 1967 г.), а также Австрия, Германия и Франция. В некоторых странах, преимущественно полагающихся на общегосударственные доходы или налоговый фонд, подобные реформы были введены для обеспечения основных прав на долгосрочный уход (Швеция, Люксембург, Шотландия и Испания).

Точно также *финансирование общественного здоровья* является особенно острой проблемой в тех странах, в которых фонды объединены в агентства по социальному страхованию здоровья, которые исторически были ориентированы на индивидуальную лечебную помощь. Однако все большее количество фондов признает необходимость в повышении уровня общественного здоровья и проведении профилактики. В некоторых странах были исследованы реформы, при которых каждый застрахованный человек вносил дополнительный вклад в агентство по улучшению общественного здоровья (Швейцария) (180, 92); вносил средства в фонд национального здоровья (или улучшения здоровья) (Австрия) (181); вкладывал деньги в национальную программу образа жизни (Кыргызстан) и оплачивал сектор деятельности муниципальных врачей общей практики, обеспечивающий работу по улучшению здоровья и профилактическим мероприятиям (Дания) (142).

<sup>1</sup> На сегодняшний день в Германии используется сложная система регулирования рисков, учитывающая пол, возраст и риск для здоровья, но с 2009 г. в этой стране будет основан новый национальный фонд страхования от болезней.

Все вышеупомянутые подходы сложны и в значительной степени зависят от национальной среды, ценностей и культуры. Существует также множество будущих проблем, особенно обусловленных широко распространенными сложностями относительно способности стран удерживать высокие уровни социальной защиты. Появляющиеся доказательства относительно связи систем здравоохранения, здоровья и богатства могут, однако, помочь в увеличении инвестирования, даже если это означает *диверсифицирование источников финансирования* (182, 183).

### **Финансирование (снабжение для получения выгоды от здоровья): распределительная и техническая эффективность**

Важным показателем определения финансирования является снабжение: распределение объединенного дохода структурами, оказывающими медицинские услуги. Процесс распределения ресурсов должен позволить организаторам системы здравоохранения оказывать влияние на предоставление услуг. В ряде стран с начала 1990-х гг. предпринимаются предварительные шаги к *стратегическому снабжению*. Оно имеет тенденцию вращаться вокруг разделения функций покупателя и поставщика, направленного на сосредоточение ресурсов в приоритетных областях. Через влияние запросов покупателей, стратегическое снабжение улучшает деятельность поставщиков, а также позволяет внедрять избирательные контракты и конкуренцию поставщиков. Национальная система здравоохранения Соединенного Королевства внедрила «внутренний рынок» в 1991 г. Такая стратегия была поддержана Италией, Португалией и некоторыми областями Испании и Швеции. В каждой из этих стран были внедрены различные формы отделения покупателя от поставщика. Данный подход также оказал свое влияние на некоторые страны Западной Европы с длительно существующей системой социального страхования (Франция, Германия, Нидерланды), в которых имелось разделение функций, но покупка представлялась как пассивное действие по оплате услуг поставщику (184). Стратегическое снабжение работает посредством широкого диапазона механизмов, включая использование оценки потребностей здравоохранения, контракты, мониторинг качества и системы оплаты, основанные на выполнении определенного объема работы. Каждый из этих механизмов дает определенные стимулы (обычно финансовые), влияющих на работу сотрудников системы здравоохранения и лечебных учреждений (184).

Даже там, где рыночный язык и рыночные механизмы не используются, все большее количество стран экспериментирует с различными вариантами

контрактов, направленными на улучшение больничного ухода. Обычно наблюдался отход от ретроспективной компенсации, основанный исключительно на количестве случаев и на (предполагаемых) статьях бюджета, которые определяют финансовые потоки, но не характеристики обслуживания. Вместо этого, в первую очередь были введены проспективные общие бюджеты, а затем и выплаты по числу случаев (главным образом, варианты связанных с диагнозом групп) или некоторые комбинации, основанные на выплатах по числу случаев в пределах общего бюджетного фонда. В настоящее время многие страны используют *выплаты по числу случаев* при больничном обслуживании, хотя специфические цели финансовых реформ меняются в зависимости от страны. Некоторые стремятся увеличить деятельность системы и снизить время ожидания, в то время как другие отдают предпочтение контролю стоимости и повышению прозрачности финансирования. Существуют также вариации в проекте системы платежей, основанных на случае оказания стационарной помощи, например более широкая диагностика в Нидерландах включает в одном пакете как оплату за услуги специалистов, так и за пребывание в больнице. Однако целью всех подходов является создание большого количества стимулов для увеличения эффективности деятельности поставщиков.

Существуют также неизбежные риски, связанные с интенсивными схемами, фиксирующими выплаты по числу случаев (например, возможность преждевременной выписки, в результате которой потребуются повторное поступление) а также с интенсивными схемами в более широком смысле, вследствие чего требуется тщательный мониторинг. Однако хорошо разработанные механизмы должны быть в состоянии возместить воздействие любых неправильных стимулов, посредством связывания бюджетов с приверженностью лечению при помощи показателей качества. *Контракты поставщика* являются вполне успешными показателями качества в некоторых странах, создавая гарантии, что поставщик отвечает стандартам аккредитации, выполняет процедуры по обеспечению качества или достигает целей качества. Точно также, в некоторых странах наблюдается движение к *системе оплаты на основе проделанной работы* для профессионалов, с явными финансовыми стимулами по вознаграждению за определенное поведение или результаты. Недавняя реформа контрактов (и оплаты) для английских ВОП определяет более высокую оплату труда тех врачей, которые достигают лучших результатов в отношении качества. Однако это также иллюстрирует опасности, связанные с оплатой на основе выполненной работы. Реформа контрактов поставила слишком низкие цели, в результате чего расходы бюджета вскоре были

превышены. Последующие усилия по компенсации непредвиденных перерасходов привели к тому, что рост оплаты не превысил инфляции.

Существовал также значительный интерес к потенциалу заключения *селективных контрактов*, хотя они все еще должны широко внедряться (185). Заключение селективных контрактов определяет значительно более узкий диапазон пациентов, которые смогут пользоваться такой системой, позволяя плательщикам вводить дополнительные услуги и проводить детализацию оплаты. Для такого подхода требуются соответствующие регулирующие системы, сопровождающиеся прозрачным контролем за эффективностью, а также едиными условиями работы общественных и частных поставщиков. Кроме того, такой подход сталкивается со значительным сопротивлением со стороны поставщиков, с часто ограничиваемыми «политическими» рычагами покупателей по заключению селективных контрактов. Таким же образом данный подход находится в противоречии с понятием о выборе пациента. Это вызывает негативное отношение потребителей в тех странах, где у них был широкий выбор поставщиков.

Показатели деятельности имеют крайнюю важность для эффективности покупательных механизмов. Их применение более подробно рассматривается в дополнительном справочном документе (187) и подразделе 7.2 данного сообщения.

### **Укрепление управления**

Управление находится не только в центре стратегий реформирования, но и в целом в центре формирования политики в области здравоохранения, захватывая основную деятельность системы здравоохранения и части системы здравоохранения, лежащие в других секторах. Оно определяет обязанности правительства по обеспечению хорошо информированных и хорошо спланированных политических инициатив, уравнивает значение политики для различных групп населения и обеспечивает оптимальные и справедливые результаты в области здоровья.

### **Требования к управлению**

Управление проходит через все функции системы здравоохранения. Это означает, что организаторы здравоохранения несут ответственность за огромный диапазон проблем, от качества и соответствия предоставляемых услуг до планирования мобилизации ресурсов или эффективного распределения финансов. Кроме того, они должны отвечать целям равенства в отношении здоровья, справедливости финансирования и соответствия ожиданиям граждан. Требования в области информационных потоков, планирования и управления профессиональной подготовкой и оценки являются поистине

огромными. Они еще больше усложняются тем фактом, что «правительство» не является одним юридическим лицом. Несмотря на то, что конкретные мероприятия отличаются, в стране обычно существуют исполнительный орган, который устанавливает и принимает законодательные акты (такой как кабинет министров), законодательный орган, который занимается их обсуждением и следит за их исполнением (такой как Парламент), а также судебная власть, которая согласует все мероприятия с законом (суды).

Управление системы здравоохранения иногда страдает от широко распространенных *ошибок в управлении*, особенно когда три элемента власти соперничают друг с другом или работают без достаточной координации. Так, исполнительная власть может издавать декреты, которые не поддерживаются законодательной властью; законы могут приниматься без наличия адекватных механизмов для их осуществления. Дiskoординированная политика может составить противоречивое мнение об обязанностях власти. Такая ситуация не является конкретно проблемой системы здравоохранения, но подрывает усилия организаторов здравоохранения. Это также касается проблем необходимости воздействия организаторов здравоохранения на другие сектора, влияющие на здоровье.

Проблемы, которые возникают у некоторых правительств по уровням принятия решений и координации между различными ветвями власти, являются более распространенными при взаимодействии между министерствами.

Это касается проблем управления, связанных с *новыми условиями взаимоотношений между центральными и региональными организациями*. Некоторые системы здравоохранения увеличили централизацию в принятии политических и финансовых решений (Чешская Республика, Дания, Ирландия, Италия, Норвегия и Польша); или объединили региональные органы управления в меньшее количество более крупных единиц (Дания, Финляндия, Норвегия, Швеция); в то время как в других странах полномочия наоборот были переданы от центра к периферии (Испания, Соединенное королевство). Таким же образом иногда проводилось накопление доходов посредством создания национального фонда (Германия, Нидерланды и Румыния) или слияния региональных фондов в национальный (Эстония, Кыргызстан и Польша), а иногда и наоборот, происходило разделение фонда (смотри предыдущий раздел по финансированию). Это усложнило управление, создавая юридическую двусмысленность о точном распределении полномочий между различными уровнями.

Таким же образом, размывание границ общественной и частной медицины создало значительные проблемы в управлении относительно того, как лучше всего *управлять все увеличивающимся взаимопроникновением общественного и частного здравоохранения*. В Европейском регионе ВОЗ достаточно широко вводилось частное управление социальными услугами, общественные контракты в частных услугах, а также частное финансирование общественных учреждений (упомянуто ранее). Зачастую это происходило в результате осознания того факта, что часть общественного сектора способна эффективно управлять здравоохранением. Однако управление этими новыми мероприятиями зачастую было более сложной задачей, чем представлялось ранее. Более того, более высокие зарплаты в частном секторе привели в некоторых странах к перемещению квалифицированного персонала в частный сектор, что еще больше подорвало способность к управлению.

В дополнение к структурным проблемам управления существует огромное множество очень специфических и детальных проблем, касающихся предоставления услуг, мобилизации (человеческих) ресурсов и, особенно, финансирования. Приведенные здесь примеры не в состоянии представить их значимость. Например, широко распространенное *использование неофициальных платежей* в некоторых странах представляет угрозу для многих целей системы здравоохранения. Во-первых, неофициальные платежи могут отпугивать людей от поиска помощи, подвергать опасности сохранение здоровья и принцип равенства или способствовать большим расходам населения, уничтожая финансовую защищенность. Во-вторых, они могут влиять на качество получаемого пациентами лечения, что, в свою очередь, будет влиять как на соответствие ожиданиям граждан, так и на прибыль от улучшения здоровья. Кроме того, пациенты могут получать ненужное лечение (включая хирургические процедуры), поскольку медицинские работники будут стремиться лишь к получению прибыли, а не к обеспечению наиболее соответствующего лечения пациента, что разрушительно скажется как на уровне здоровья, так и на эффективности деятельности. Наконец, неофициальные платежи могут создавать препятствие проведению реформ, поощрению персонала и профессиональных организаций, сопротивляясь позитивному развитию, которое может привести к уменьшению неофициальных доходов.

Проблемы управления касаются также неоправданно *превышенного количества назначений* лекарственных препаратов, а также *назначения неэффективных или неоправданно дорогих препаратов*. В некоторых странах стоимость фармпрепаратов

раздувается посредством множества накруток на пути доставки. Эта проблема иногда обостряется вследствие действия фармацевтов, получающих долю своего дохода за счет закупки препаратов, прописываемых врачами. На врачей также оказывается давление со стороны фармацевтической промышленности относительно назначения новых дорогих препаратов, а не более дешевых дженериков, что является особенно значимой проблемой в странах СНГ.

Заключительный набор примеров относительно управления касается проблем, относящихся к *удовлетворению пациентов и соответствию их ожиданиям граждан*. Эти проблемы подробно рассмотрены в разделе 6, представляя все большую угрозу в глазах организаторов здравоохранения. Например, при реструктурировании клинических услуг, чтобы они соответствовали потребностям пациентов, в том числе, через гарантии обслуживания (Дания и Швеция) или возможности выбора (Соединенное Королевство), организаторы здравоохранения должны приходиться к компромиссам относительно равенства и соответствия ожиданиям граждан.

Слабые места в управлении не ограничиваются одним сектором здравоохранения. Они могут являться отражением более глубоких фундаментальных слабостей или просто сложности наблюдения за изменением услуг в динамических и сложных условиях. Понятно, что количество проблем управления все увеличивается с развитием здравоохранения и ростом ожиданий граждан. Понятно также, что различие ценностей и принципов, наблюдаемых в разных частях Европы, создает огромные различия в спектре проблем, с которыми сталкивается управление в конкретной стране.

#### Улучшение управления

Проблемы, с которыми сталкиваются организаторы здравоохранения, отличаются и «способы их решения» нелегко перенести из одной среды в другую. Однако существует ряд общих шагов, способных улучшить управление. Например, для правительств важно уметь определять, *какие агентства и личности являются ответственными за работу, обеспечение и улучшение политики в области здравоохранения* в конкретной стране. Это обозначает соглашение в области *распределения ответственности между национальными и региональными органами*, что особенно применимо в отношении министерств здравоохранения, не имеющих полного контроля над оперативными решениями на региональном уровне медицинского обслуживания. Другой ключевой момент касается необходимости в *гарантировании ответственными лицами обеспечения доступа к адекватной информации и фактам*,

позволяющим определить соответствующую политику. Также следует предоставить местным руководителям средства к осуществлению данной политики.

Второй ключевой вопрос касается урегулирования в области адекватной системы *эффективного, но гибкого, государственного управления*. Новое урегулирование может быть необходимо в свете увеличивающейся роли частного сектора, растущих запросов пациентов и других стратегий реформирования, приведенных выше. Хорошее управление требует, чтобы страны проводили повторное урегулирование, что позволит избежать пробелов в управлении, что показано на множестве примеров позднего или неэффективного урегулирования, наблюдавшегося в различных странах от Грузии до Швеции. Это, как и описанные выше способы ведения успешной политики, часто требует *разработки новых информационных систем*, которые позволят получать организаторам здравоохранения доступ к происходящим (или не происходящим) событиям. Во многих странах Европейского региона ВОЗ существуют неадекватные системы в области контроля эффективности. Все они не используют инструменты управления в области оценки, такой, как систематическая оценка фармпрепаратов и новых технологий и процедур (описанная ранее ОТЗ).

Наконец, и очень важно, функция управления является центральной в плане *влияния на детерминанты здоровья в других секторах*. Движение «Здоровье во всех направлениях»<sup>1</sup>, построенное на принципе «Здоровье для всех» и на Алма-Атинской декларации 1978 г., является ключевым в этой области. Оно воплощает политику ВОЗ, является руководством для новой стратегии ЕС (2), которая была принята под финским председательством и поддержана Римской Декларацией в 2008 г. (18). В основном эта стратегия призывает к сосредоточению внимания на детерминантах здоровья, которые в значительной степени контролируются политикой в других секторах (17) (4), и которые могут быть улучшены посредством объединенной деятельности с этими секторами для достижения улучшения общественного здоровья. Существует широкий диапазон подходов к осуществлению стратегии, включая взаимодействия через межотраслевые правительственные цели (Франция, Литва, Швеция, Соединенное Королевство) (см. подраздел 7.2); оценку влияния здоровья на местном уровне, парламентском и межминистерском уровне (Швеция, Уэльс, Нидерланды и Литва,

соответственно) или посредством «объединенного» законодательства, такого как запреты на курение в общественных местах (Ирландия, Италия, Норвегия, Шотландия и Испания). Существует также множество *структур и процессов по облегчению межотраслевого взаимодействия*, включая горизонтальные комитеты по общественному здравоохранению (Англия, Швеция), формальные консультации и коммуникации между секторами (Уэльс), а также взаимодействия общественного здравоохранения с другими отраслями (Финляндия, Нидерланды, Уэльс).

Приведенное выше описание представляет краткий обзор проблем систем здравоохранения и различных способов их решения. Оно демонстрирует наличие роли организаторов здравоохранения в управлении каждой функцией, от предоставления медицинского обслуживания до мобилизации ресурсов и финансирования. В задачи организаторов здравоохранения входят участие в деятельности всех этих областей и обеспечение того, чтобы вся эта работа была сбалансирована (например, достижение соответствующего сочетания общественного и персонального медицинского обслуживания), эффективна (например, обеспечение достаточного количества персонала соответствующей квалификации и правильная ориентация клиентов), равноправна (объединение фондов и разделение рисков) и экономически эффективна (рентабельная покупка и предоставление услуг). Они также несут ответственность за соответствие ожиданиям пациентов и равенство в отношении здоровья, а также за те элементы здоровья, которые не находятся под прямым воздействием сектора здравоохранения. С целью улучшения функционирования системы здравоохранения и достижения поставленных целей по улучшению здоровья, высшие чиновники и менеджеры нуждаются в поступлении четкой и значимой информации относительно рычагов для проведения изменений. Эти мероприятия способны существенно повысить эффективность системы здравоохранения.

## 7.2 Оценка деятельности систем здравоохранения

Высшие чиновники и политики являются организаторами систем здравоохранения. Они используют широкий диапазон стратегий реформирования для решения проблем изменения систем здравоохранения и улучшения ответа на все возрастающие ожидания граждан (подраздел 7.1). Однако если эти реформы успешны и способствуют достижению социальных целей, организаторы должны знать особенности развития данных реформ и оказываемое ими влияние. Поэтому оценка эффективности является центральной функцией

<sup>1</sup> Здоровье во всех направлениях относится к интенсивной работе вместе с другими секторами с целью определения воздействия их политики на здоровье и детерминанты здоровья, а также с целью определения политических альтернатив. (17)

управления, обеспечивающей успешную деятельность систем здравоохранения и определяющей аргументы для инвестирования в здравоохранение.

С конца 1980-х гг. были предприняты большие усилия по оценке эффективности систем здравоохранения. Совершенствование информационных технологий облегчило использование новых подходов к данным и информации. При этом были предприняты попытки обратиться к проблемам, касающимся сдерживания стоимости, соответствия ожиданиям и аудита (как работников, так и организаций здравоохранения). Были также предприняты попытки определения соответствия требованиям потребителей для облегчения создания информированного выбора. Однако все большее количество инициатив не оправдывало ожиданий. Существует еще множество нерешенных проблем относительно сбора информации, ее анализа и представления. Более того, наблюдается тенденция к концентрации на мелких деталях измерений и представления данных. Просто недостаточно много внимания было уделено тому, как использовать полученную информацию или как объединять полученные результаты для разработки эффективных механизмов управления. Существует большая потребность в правильном проведении измерений, а также в перемещении от измерений до управления, основанного на реалистичной оценке деятельности. В данном разделе используется информация дополнительного руководства (186). Его целью является описание некоторых из существующих проблем для выявления связей между оценкой деятельности и управлением, направленным на улучшение деятельности систем здравоохранения.

### **Оценка эффективности системы здравоохранения, уровни и потребители**

Фундаментальной целью оценки эффективности является повышение эффективности. Достижение этой цели подразумевает стимулирование ответственности посредством предоставления организаторам информации, необходимой для принятия соответствующих решений. Понятно, что различным организаторам с различными областями влияния требуется различный уровень детализации и различные степени своевременности. Так, поскольку покупатели и группы пациентов считают ответственными за свое здоровье поставщиков услуг, им не требуется такой же объем и тип информации относительно стоимости, средней продолжительности жизни, исходов для здоровья и т.д. Проблемы должны приводить к формированию информационных систем, удовлетворяющих потребности различных руководителей, не требуя сложного сбора данных и их анализа. Это означает использование тех же самых источников данных

при различных формах их использования и предоставления информации. Развитые системы оценки эффективности должны учитывать поставщиков информации и ее конечных пользователей. Они также должны принимать во внимание политическую и организационную среду, в которой они используются, а также быть совместимыми с ней.

Оценка эффективности должна также отражать различные уровни воздействия системы здравоохранения и пути их воздействия для получения конечных результатов. СОСЗ (см. раздел 2, рис. 2.1) представляет собой полезную структуру, поскольку занимается оценкой эффективности систем здравоохранения по их функциям и связывает цели системы здравоохранения с ее результатами (с эффективностью, рассматриваемой как максимальная цель по отношению к потенциалу). Был предложен ряд показателей для каждого измерения эффективности на различных уровнях (см. некоторые примеры в табл. 7.1). Однако здесь сохраняются сложные методологические проблемы, касающиеся обоснованности и надежности данных показателей, а также (особенно если показатель должен поддерживать улучшенную эффективность) их способности к изменению.

Эти проблемы становятся еще более сложными, если показатели объединяются в сложные индексы. Они на первый взгляд кажутся простыми и имеют некоторое значение при оценке эффективности. Однако их использование в реальной практике чревато методологическими ошибками и недостаточным пониманием. Это делает крайне важной прозрачность в методологии, особенно в отношении способов выбора различных элементов, их комбинирования и взвешивания. Эти проблемы более подробно рассматриваются в дополнительном руководстве (186) и справочном документе (187).

### **Структура оценки систем здравоохранения: оценка и повышение эффективности**

Предыдущий раздел затронул как СОСЗ в *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.*, так и проблем сложных показателей. Первоначально СОСЗ получила широкую известность в связи со спорным использованием в ней сложного показателя для оценки эффективности систем здравоохранения различных стран (Показатель эффективности систем здравоохранения) (188,20). Несмотря на то что использование этого показателя было проблематичным (особенно по отношению к некоторым включенным в него данным и подходам к моделированию), он в конечном счете был принят в качестве методики по оценке эффективности (186).

Таблица 7.1. Оценка эффективности системы здравоохранения

Область оценки	Описание мероприятия	Примеры и показатели
Общественное здоровье	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Совокупность данных относительно здоровья населения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжительность жизни</li> <li>• Возраст умирающих</li> <li>• Преодолимая смертность</li> <li>• DALY</li> </ul>
Результаты индивидуального здоровья	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Состояние индивидуального здоровья (все население/группы)</li> <li>• Показатели различного состояния здоровья</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общие опросники: Short Form 36 (SF-36); EQ5D</li> <li>• Специфические для заболевания опросники: Шкала определения влияния артрита; Опросник Паркинсона (PD-39)</li> </ul>
Клиническое качество уместности ухода	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги/уход, получаемые пациентами для достижения желаемых результатов</li> <li>• Определение лучшей доступной практики</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определение исходов: состояние здоровья; уровень послеоперационной летальности</li> <li>• Процесс измерения: частота измерения артериального давления</li> </ul>
Отвечаемость запросам граждан	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Совокупность измерений: как происходит лечение отдельных людей; условия лечения</li> <li>• Индивидуальные измерения: чувство собственного достоинства пациента; автономность; конфиденциальность; информированность; быстрое оказание внимания; социальная поддержка; качество основных удобств</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определение информированности пациента</li> <li>• Определение удовлетворенности пациента</li> </ul>
Равенство	Равенство: <ul style="list-style-type: none"> <li>• доступа к медицинскому обслуживанию</li> <li>• отвечаемости запросам граждан</li> <li>• финансирования</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определение используемости</li> <li>• Показатели доступности</li> <li>• Отношение использование-потребность</li> <li>• Порог расходов</li> </ul>
Производительность	Производительность: <ul style="list-style-type: none"> <li>• системы здравоохранения</li> <li>• медицинских организаций</li> <li>• частных врачей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Производительность труда</li> <li>• Измерение рентабельности</li> <li>• Техническая эффективность (результат/затраты)</li> <li>• Эффективность распределения</li> </ul>

Источник: Smith и соавт., в печати (186).

Одним из вкладов данной системы было стимулирование развития промежуточных или инструментальных задач, правдоподобно отражающих основные цели и способных служить для оценки отдельных функций. Например, деятельность функции снабжения оценивалась через промежуточные задачи эффективного обеспечения услуг, под которым понималась вероятность того, что «люди достигнут улучшения здоровья посредством вмешательств, которые им необходимы» (189). Целью оценки работы является установление степени, в которой нуждающиеся в специфическом обслуживании способны его получить, а также определение того, было ли качество обслуживания достаточно хорошим для улучшения здоровья конкретного человека. Данный подход начинает раскрывать как функцию, так и определение эффективности, учитывая аспекты, которые могут находиться в ведении высших чиновников. При этом промежуточные задачи позволяют определить причинно-

следственные связи для каждого отдельного элемента. В действительности они обеспечивают связь между функциями и оценкой эффективности.

Данный подход применялся к широкому диапазону функций и подфункций, включая финансирование (190). Кроме того, большое количество ранее оговоренных других показателей (подраздел 6.1), таких как «преодолимая смертность» или «индикаторные состояния», может также использоваться для оценки деятельности данной функции системы здравоохранения или отдельной стратегии. Важно то, что цели или промежуточные задачи могут (и должны) быть высоко специфическими, чтобы они определяли те препятствия в деятельности, которые поддаются вмешательству. Они также должны быть связанными со стратегиями (и осуществлением стратегий), которые позволяют достигнуть всеобъемлющих целей. См. пример использования данного подхода во вставке 7.1).

**Вставка 7.1. Функции, промежуточные задачи, стратегии и цели: отличия между оценкой эффективности и практикой**

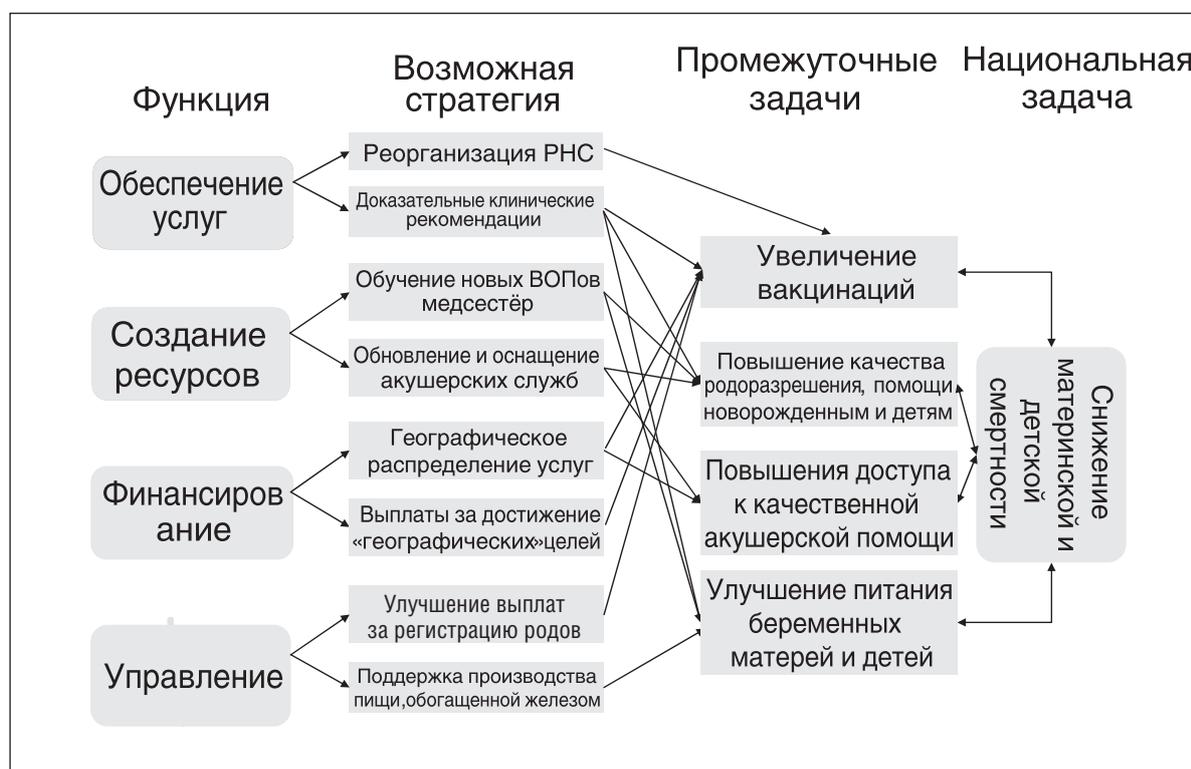
Направленность систем здравоохранения на улучшение здоровья, снижение младенческой и материнской смертности может (в отдельных странах) быть существенным шагом к достижению поставленных целей. На рис. 7.1 показано, как структура оценки систем здравоохранения может помочь установить промежуточные задачи и стратегии для достижения этих целей.

Приведенная на рис. 7.1 модель работает в обратном направлении, от государственных задач по снижению младенческой и материнской смертности. Здесь приведены специфические и практические, промежуточные задачи, направленные на достижение окончательной цели (например, увеличение охвата населения вакцинацией или улучшение качества снабжения). При этом у каждой промежуточной задачи есть свой собственный набор определяемых показателей для последующей оценки эффективности (например, охват иммунизацией или соответствие Руководству по интегрированному лечению детских болезней). Затем высшие чиновники могут разрабатывать соответствующие стратегии систем здравоохранения, обращаясь к этим промежуточным задачам. Функциональная структура действует как «список», помогающий людям, принимающим решения, разрабатывать всесторонние подходы для решения всеобъемлющих задач, включающие конкретные и определенные меры (такие как создание обязательной оплаты за иммунизацию). Данная диаграмма показывает, как промежуточные задачи могут сделать материальными и достижимыми проблемы управления, которые могут быть незаметны на уровне национальных целей.

**Связь с управлением**

Окончательной целью любого инструмента по оценке деятельности является облегчение достижения целей системы здравоохранения (если они действительно были определены). Поэтому его эффективность должна оцениваться в плане того, насколько он способствует (или не способствует) достижению поставленных задач. Однако менее ясным является вопрос, каким образом провести оценку деятельности для осуществления реального повышения эффективности системы здравоохранения или, более лаконично, как связать результаты исследования с политическими рычагами. В нижеприведенных параграфах кратко описано множество примеров, более подробно описанных в основном документе (186).

*Информирование общества об эффективности* по существу включает необходимую информацию о государственной собственности так, чтобы граждане и другие владельцы имущества могли видеть работу покупателей и поставщиков. Эти данные часто принимают форму «табелей успеваемости» или «профилей поставщика», в которых суммируются показатели, такие как время ожидания, уровни удовлетворения пациентов и уровни смертности. Во многих странах проводились эксперименты с этими показателями (Канада, Норвегия,



**Рисунок 7.1.** Функции, промежуточные задачи, стратегии и цели: разрыв между определением эффективности и практикой  
 Источник: Kutzin, 2005 (190).

Соединенное Королевство, США). При этом существует большое количество доказательств того, что общественные воздействия могут, в некоторых обстоятельствах, привести к улучшению работы. Интересен тот факт, что пациенты проявляют большой интерес к этим табелям успеваемости, что стимулирует улучшение работы поставщиков посредством попыток последних поддержать свою репутацию. Однако следует учитывать эти данные с большой осторожностью, поскольку поставщики при их регистрации могут стремиться выставить себя в лучшем свете или могут изменить свою работу для улучшения показателей без улучшения услуг. Например, поставщики начинают избегать лечения трудных пациентов, которое может «ухудшить» их предыдущие хорошие показатели. Для противодействия этим тенденциям требуется значительная бдительность.

Оценка деятельности может быть особенно эффективной при ее использовании вместе с *явными финансовыми стимулами* по вознаграждению работы поставщика услуг. Исследования показывают (191), что врачи и другие участники системы здравоохранения отвечают на финансовые стимулы, что представляет собой многообещающее средство для принятия будущих политических решений. Однако использование финансовых стимулов является далеко не простой задачей, а результаты данного мероприятия не всегда бывают одинаковыми. В странах, экспериментировавших с инновационными механизмами по финансовому стимулированию врачей и лечебных учреждений, были достигнуты различные степени успеха (Финляндия, Нидерланды, Соединенное Королевство, США). При проектировании системы финансовых стимулов и при контроле за ними следует учитывать множество проблем. При этом выделяют следующие ключевые проблемы: как поставить цели, насколько тесно связать поощрение с достижениями и насколько хорошо вознаградить за улучшение работы. Во избежание ошибок следует проводить детальный и иногда дорогой мониторинг.

В некоторых странах проводились эксперименты с *целями системы здравоохранения*, которые включали количественное выражение цели, которой следует достичь в будущем (192). Хорошо спланированные цели могут помочь организациям и практическим врачам сосредоточиться на управляемом количестве достижимых целей, что приводит к улучшению работы системы. Конкретные задачи использовались в некоторых странах Европы в качестве средства достижения различных целей здравоохранения (Франция, Латвия, Литва, Швеция, Соединенное Королевство), хотя с различной степенью успеха (192). Постановка целей имеет наибольший успех при

их широком принятии основными поставщиками услуг; при поддержке фактами, особенно относительно работающей политики; в случае, когда они основаны на достоверных данных; при наличии организаторских способностей к действию, а также при связи целей с ресурсами. Некритичный подход к использованию целей обладает некоторыми опасностями, включая пренебрежение теми аспектами системы здравоохранения, которые не отвечают данным целям; сосредоточение внимания на краткосрочных целях за счет более важных долгосрочных и непринятие инициатив и инноваций. Чрезмерно агрессивные цели могут иметь искаженные последствия и приводить к накоплению ложных ободряющих данных.

Это только некоторые показательные примеры того, как можно включить оценку эффективности в системы здравоохранения и связать их со стратегиями управления. Во всех них главенствует одна и та же идея: для принятия положительных изменений на основании оценки эффективности, эта оценка должна быть связана с системой управления. Это включает интеграцию с финансовыми механизмами, рыночными структурами и регулированием. Кроме того, при оценке деятельности необходимо обращать внимание на политическую среду, в пределах которой эта оценка будет проводиться. Без тщательного рассмотрения широкого круга этих факторов даже самая лучшая система оценки деятельности будет неэффективной.

### Управление оценкой деятельности

Информация об эффективности является «общественным благом», которое может помочь правительствам сформулировать и оценить политику в отношении здоровья. Однако, подобно другим общественным благам, эта деятельность не происходит сама по себе. Правительства должны гарантировать наличие интегрированности систем, совместимых с моделью системы здравоохранения, проводящих сбор, анализ и использование информации. Правительства играют фундаментальную роль в обеспечении того, что от оценки эффективности будет получена максимальная выгода, либо через убеждение или законодательные акты, либо через координацию или регулирование. Однако реализация этой программы не является простой и требует больших аналитических возможностей по всей системе здравоохранения, связанных с устойчивым политическим или профессиональным лидерством на самом высоком уровне.

Одной из специфических и ключевых обязанностей государственного управления в отношении оценки эффективности является обеспечение ясного и

концептуально согласованного видения того, как объединить систему оценки эффективности с механизмами ответственности и финансированием, мобилизации ресурсов и предоставлением услуг. Высшие чиновники должны также гарантировать, что используемые ими механизмы являются технически приемлемыми и соответствуют общественному доверию. Таким образом, управление всегда должно находиться на самом высоком уровне с интегрированным контролем качества. В то же время существует необходимость в поиске путей, позво-

ляющих потребителям понимать полученные данные, что может потребовать значительных усилий со стороны аналитиков. Важно также взаимодействие информации с конкретными мероприятиями. Это дает гарантии того, что стратегии и стимулы, взаимодействуя друг с другом в конкретных условиях, будут переносить оценку эффективности на улучшение управления деятельностью. Это также подразумевает профилактическое участие в политическом процессе с целью обеспечения обсуждения приоритетов и компромиссов.

## 8. Инвестирование в системы здравоохранения: заключительные положения

Этот документ систематизирует аргументы в пользу инвестирования в системы здравоохранения и предназначен для руководителей системы здравоохранения. Он не дает однозначных ответов и не называет конкретных цифр о том, «сколько» и «куда» инвестировать. Такие решения во многом зависят от конкретных обстоятельств. В настоящем документе предлагается схема, в которой выделены центральные задачи, обобщены ключевые данные и они структурированы таким образом, что руководители здравоохранения могут систематически оценивать инвестиционные решения вне зависимости от их ценности или социально-экономических условий. Задачи весьма разнообразны, а данные, особенно в некоторых частях европейского региона, все еще ограничены. Тем не менее, документ однозначно демонстрирует, что усиление систем здравоохранения потенциально значительно улучшает здоровье и благосостояние европейцев, при том условии, конечно, что инвестирование обосновано данными по рентабельности и сопровождается строгой оценкой эффективности.

В предыдущих разделах обобщены основные данные, касающиеся трех сторон концептуального треугольника системы здравоохранения, здоровья и благосостояния, а также основной цели — общественного благополучия. Они сконцентрированы на вкладе здоровья в экономический рост и благосостояние, а также на влиянии систем здравоохранения на здоровье и экономическую деятельность. Кроме того, они направлены на динамические взаимоотношения между здоровьем и благосостоянием, между формой и размером системы здравоохранения. Они также подчеркивают важность оценки эффективности при инвестировании и обеспечении эффективного использования средств.

Реферат и ключевые положения в начале этого документа обобщают данные, более подробно описанные в основном документе (19). Данный заключительный раздел содержит некоторые выводы, которые могут быть значимы для организаторов здравоохранения и инвестирования в системы здравоохранения. При этом освещаются многие важные стратегические вопросы:

- «надлежащий» уровень финансирования и стабильности;
- место здоровья в обществе;

- «как» и «почему» инвестирования в системы здравоохранения;
- «как» и «почему» повышать эффективность.

### Каков надлежащий уровень финансирования? Какова финансовая стабильность?

Споры об инвестировании в системы здравоохранения основаны на том, что цены в системе здравоохранения постоянно растут и подвергают опасности финансовую стабильность. Тем не менее, не существует четкого консенсуса как по пониманию данной проблемы, так и по ее политическим осложнениям. Проще говоря, финансовая стабильность касается:

- возможности создать достаточные ресурсы, позволяющие продолжать заботиться о здоровье на фоне роста цен;
- баланса затрат и прибыли (фискальная стабильность);
- надлежащая ли доля общественных ресурсов отводится на здравоохранение и допустима ли она;
- угрожают ли затраты на здравоохранение конкурентоспособности стран на макроэкономическом уровне и растущей глобализации экономики.

Все эти вопросы имеют большое значение, однако все они основываются на ряде невысказанных предположений. Возможно, организаторам здравоохранения стоит оценить их перед решением комплексной задачи о том, сколько средств общество должно выделять на систему здравоохранения.

Во-первых, нет четкой формулы для определения «надлежащей» или «допустимой» части общественных ресурсов, которая должна быть вложена в здравоохранение, не влияя при этом на макроэкономическую конкурентоспособность. Наиболее распространенный способ выражения того, сколько должно быть инвестировано в здравоохранение — процент от ВВП. Обычно используют средние сравнительные данные по Европе. Перекрестное сравнение между странами не говорит, какой процент правильный, однако показывает наиболее характерные варианты. Более того, часть ВВП определяется относительно экономического уровня, но не характеризует оптимального уровня

затрат как в макроэкономическом контексте, так и в контексте общественных предпочтений. Вероятно, в конкретных экономических условиях более предпочтительно основываться на экономическом росте, а не на части ресурсов, предназначенных для здравоохранения. Рентабельные вложения в здравоохранения, которые будут гарантировать здоровую и конкурентоспособную рабочую силу, в этом случае становятся частью стратегического строительства экономики, а не истощают ее.

Во-вторых, зачастую спорят о финансовых обстоятельствах и о том, что «возможно», а фактически то, что считается надлежащим или стабильным во многом определяется правительствами и их политическими приоритетами. В большинстве стран Европы большая часть финансирования здравоохранения происходит за счет общественных или определенных законом источников. Правительства в значительной степени контролируют часть общих затрат населения или государственного бюджета, направленную в здравоохранение. Правительства имеют широкие возможности для выбора. Так, доля бюджета на здравоохранение широко варьирует у членов ЕС (от 3% до 20%). Финансовые пределы, конечно, имеют значение, однако уровень затрат на здравоохранение, которые правительство может «поддерживать», является договорным и не отражает экономической и финансовой обстановки<sup>1</sup>.

Это в свою очередь поднимает вопрос о том, насколько правительственные решения в отношении здравоохранения отражают общественные взгляды и готовность населения платить за деятельность систем здравоохранения. В некоторых случаях возникают противоречия между политическими решениями и общественными взглядами и ожиданиями. По мере обогащения европейского общества растут и общественные ожидания. Однако это влечет за собой рост установленных финансовых выплат (налоги или социальные страховые взносы) в систему здравоохранения, обеспечивая специфические особенности финансирования. Данные, тем не менее, остаются противоречивыми, особенно в отношении степени, в которой люди подготовлены к оплате по принципу солидарности в некоторых социальных группах (см. ниже).

В-третьих, было доказано, что существует компромисс между финансовой стабильностью и единой системой финансирования. Некоторые специалисты утверждают, что общества не могут более «позволить себе» всеобщий охват или большой набор услуг здравоохранения. Они с позиций

благосостояния государства утверждают, что развитие в направлении индивидуального финансирования и переход от установленных государством выплат на здравоохранение к персональным выплатам или добровольному индивидуальному страхованию неизбежны.

Эта позиция основывается на ложном разделении между единой системой финансирования и стабильностью и неправильном представлении влияния индивидуализации на стабильность. Компромисс между солидарной системой финансирования и стабильностью определяется готовностью общества платить по принципу солидарности, и общество может выбрать такой вариант. Если общество выбирает персональное финансирование, то данные свидетельствуют о том, что финансовая защита и объективность в этом случае будут недостаточными, приводя в некоторых обществах к обеднению и/или нестабильному доступу и использованию службы здравоохранения. Принимая, что представление о конечных пределах «возможных» затрат спорно (см. выше), степень охвата государственным финансированием будет зависеть от того, как жители оценивают солидарное финансирование. Несомненно, персонализация финансирования, поскольку она основана на росте частного страхования, не обязательно включает затраты или говорит о стабильности. Персонализация финансирования, в первую очередь, облегчает влияние на общественные средства и систему налогообложения, однако во многих странах добровольная страховка (для дополнительных льгот и выплат) включается в контракт при приеме на работу. Это значит, что работодатели принимают на себя дополнительные расходы, что повышает цены на их продукцию и снижает конкурентоспособность. Более того, льготы по здравоохранению, обеспечиваемые работодателем и связь с конкретной страховой компанией снижают мобильность средств, что отрицательно влияет на экономику.

В-четвертых, члены ЕС взяли за основу стратегии сдерживания затрат для достижения финансовой стабильности. В политике существует распространенное представление о том, что сдерживание цен приравнивается к росту эффективности. Во многих случаях, однако, это не так. На практике, условное распределение бюджета «успешно» покрывает затраты без какого-либо отношения к рентабельности и без ссылок на нужды здравоохранения или проблемы пользования системой здравоохранения. Точно так же, рост эффективности не обязательно предотвращает рост затрат, например, там, где новые технологии действительно рентабельны, а спектр состояний, которые можно лечить с их

<sup>1</sup> Kutzin (177).

помощью, увеличивается, общая стоимость этих методов также возрастает (см. раздел 3).

Таким образом, хоть баланс между затратами и доходами и представляет собой финансовую гарантию, он не обязательно определяет, что принесет большую финансовую стабильность. Руководители здравоохранения могут как урезать затраты, так и увеличить финансирование. Основные усилия должны быть направлены на реализацию принципиальных целей здравоохранения, таких как здоровье, объективность, справедливость финансирования и ответственность, а также гарантию эффективного использования ресурсов. Это включает как техническую эффективность (минимизация расходов или максимизация полезных исходов для сохранения ценности денег), так и эффективность распределения ресурсов, которая предусматривает распределение ресурсов между вмешательствами для максимальной пользы здоровью или уровню здравоохранения в целом. Сдерживание затрат, поэтому, должно рассматриваться просто как часть широкой стратегии, успешной только в случае, если она усовершенствует деятельность или в крайнем случае, поддерживает ее.

Эти четыре положения подтверждают, что хоть финансовая стабильность вытекает из фискальной перспективы, ее нельзя рассматривать как важнейшую по сравнению с другими общественными приоритетами, она также не определяет «правильное»

количество средств, затрачиваемых на здравоохранение. Политикам, с одной стороны, необходимо включаться в открытые общественные дебаты для согласования оценки здоровья и объективности, а также для выяснения степени, в которой их общество готово платить за них посредством налогов. С другой стороны, им необходимо оптимизировать деятельность и гарантировать наиболее эффективное использование существующих ресурсов с помощью единственно подходящего метода сдерживания затрат.

### **Как влияет здоровье на благосостояние и благополучие общества?**

Объем средств, который общества потратят на здоровье, объективность, справедливое финансирование и другие цели системы здравоохранения зависит не только от объективного подсчета, но и, в значительной степени, от готовности платить. Поэтому руководителям здравоохранения необходимо понимать, насколько их общество ценит здоровье по сравнению с другими ценностями в

их конкретном социальном контексте, а также как влияет здоровье на экономику и общественное благосостояние.

Во-первых, большинство обществ и большинство конкретных людей считают здоровье ценностью. Они также считают важным объективное распределение здоровья. Страны ЕС, входящие в ВОЗ, однозначно определяют здоровье, как фундаментальное право человека, и берут на себя обязательства по защите здоровья, обеспечению объективности и единства на национальном уровне в соответствии с требованиями европейской политической инициативы.

Во-вторых, руководители здравоохранения в Европе считают здоровье и справедливость в оказании медицинской помощи важнейшими элементами социального благополучия, способом повышения единства общества и показателем социального развития. Например, согласно Лиссабонской стратегии ЕС продолжительность здоровой жизни предлагается рассматривать как важнейший показатель прогресса, направленного на повышение экономической конкурентоспособности и социального единства.

Оба выше обозначенных положения представляют собой серьезные аргументы для инвестирования в системы здравоохранения. Сложность в их оценке заключается в том, что ценность здоровья сама по себе не может быть выражена в денежном эквиваленте. Социальное развитие часто слишком узко расценивают как эквивалент экономическому росту (по ВВП). Непосредственный (утилитарный) вклад здоровья в экономику несомненно имеет большое значение, однако не следует недооценивать и важность состояния «пребывания здоровым». Упор на ВВП также не позволяет отличить экономические действия, которые улучшают благосостояние и благополучие от тех, которые ухудшают его, например, посредством отрицательного влияния на состояние здоровья. В связи с этим разрабатываются инструменты, которые позволяют перевести понятия здоровья и справедливости в экономические термины. Например, показатели «общего дохода» демонстрируют, что изменения в ожидаемой продолжительности жизни в некоторых частях Европы могут привести к увеличению национального ВВП на 20–30% (и наоборот, снижение ожидаемой продолжительности жизни приводит к снижению ВВП). При другом подходе значение годов жизни, потерянных в связи с различиями в состоянии здоровья между странами EU25, определяется как 10% их суммарного ВВП. Подобные расчеты позволяют руководителям выражать

стоимость плохого здоровья и иллюстрируют важность вклада данной области в экономическое и социальное развитие по сравнению с другими.

В-третьих, реальным и важным аргументом для инвестирования в системы здравоохранения является «непосредственный, утилитарный вклад здоровья в экономику». Показано, что здоровье влияет на благосостояние через воздействие на человеческий капитал, улучшение обеспеченности рабочей силой и производительности труда, поддержку экономического роста, а также посредством расходов на систему здравоохранения. Хотя степень влияния данных факторов колеблется в зависимости от конкретных условий и факторов, таких как состояние экономики и рынка труда, в любом случае эти факторы значимы в большинстве обществ. В некоторых странах Восточной Европы небольшое снижение смертности приведет к значительному росту ВВП на 20–40% в течение последующих 25 лет; в других странах кризис высокой смертности среди молодых мужчин при его сохранении будет иметь катастрофические последствия.

Уровень благополучия также во многом зависит от непрямого влияния здоровья на расходование средств в здравоохранении. Известно, что лучшее состояние здоровья и, в частности, увеличение продолжительности жизни приводит к увеличению расходов на здравоохранение. Также из этого следует важные изменения в работе служб социальной защиты, а также служб, обеспечивающих продолжительный уход, однако в большинстве стран они находятся вне системы здравоохранения. Имеющиеся в настоящее время доказательства говорят о том, что более продолжительная и здоровая жизнь не ставит неразрешимых задач. При этом происходит экономия средств за счет меньшего пользования медицинскими услугами; более «здоровое старение» снижает заболеваемость; «стоимость умирания» в пожилом возрасте также ниже. Более высокие показатели здоровья в целом снижают расходы на его поддержание. Исследования справедливости также демонстрируют возможности экономии средств при инвестировании. Коррекция неравенства в отношении здоровья (с позиций воздействия на заболеваемость и смертность) может позволить сэкономить около 20% от общих расходов и приблизительно ту же сумму за счет благоприятных социальных последствий. При этом имеются и другие факторы, обеспечивающие ценовое влияние, в частности новые технологии и повышение ожиданий.

Очевидно, что данная область является исключительно сложной с методологических позиций,

а представленные заключения слишком упрощены. Тем не менее, они иллюстрируют роль, которую играет здоровье в европейских странах. Более высокий уровень и справедливое распределение здоровья могут обеспечивать (и обеспечивают) благоприятные экономические последствия, а также помогают снизить расходы на здравоохранение в будущем. Благоприятные последствия не всегда могут быть в должной мере отражены традиционными экономическими показателями, однако европейцы придают здоровью важнейшее значение, в том числе с финансовых позиций. Здоровье вносит огромный вклад в социальное благополучие, и благоприятные последствия от инвестирования в системы здравоохранения также весьма велики.

### **На каких основаниях общества должны инвестировать в системы здравоохранения?**

Важной причиной для инвестирования в системы здравоохранения является ценность, которой для людей является здоровье, связанные с ним социальное благополучие и национальные экономики. Руководители здравоохранения также должны учитывать, что инвестирование в системы здравоохранения должно иметь доказанную эффективность в улучшении здоровья и повышении соотношения цены и эффективности.

В разделе 6 настоящего документа представлены сведения о том, как системы здравоохранения влияют на здоровье. Освещаются вопросы проблем здравоохранения Европы, бремени болезней и факторов риска, их экономические последствия. Подробно описано как различные вмешательства влияют на здоровье и исходы болезней. Последующие подразделы отражают, какое влияние эти доказательства имеют как на систему здравоохранения в целом, так и на ее отдельные элементы.

### *Системы здравоохранения — границы и инвестирование*

Понятие систем здравоохранения дано в начале данного документа, оно включает три элемента:

- обеспечение услуг здравоохранения (индивидуальных и популяционных);
- действия, направленные на доступность услуг здравоохранения;
- управление вмешательствами в других областях, которые могут улучшать здоровье.

Инвестирование должно учитывать все три этих элемента, а не только вложение средств в услуги по лечению и профилактике. Значительные средства могут оказывать влияние на состояние здравоохранения, будучи инвестированными в другие области. Министерства здравоохранения должны принимать во внимание эти возможности и координировать свои действия с другими органами власти. Роль министерств с этих позиций состоит в обосновании инвестирования как непосредственно в системы здравоохранения, так и в смежные области, оценке влияния здоровья на другие сектора.

#### *Балансирование при инвестировании в систему здравоохранения*

Существуют различные способы изучения системы здравоохранения и ее составных частей. Однако очевидно, что при инвестировании в систему здравоохранения общества должны соблюдать баланс между медицинскими услугами и деятельностью других областей. При этом балансирование зависит от конкретных обстоятельств.

В оценке вклада медицинских услуг в здоровье имеются серьезные трудности. Однако, несмотря на это, считается доказанным, что около половины от увеличения ожидаемой продолжительности жизни за последние десятилетия связано с улучшением медицинских услуг. Это особенно подчеркивается снижением смертности, связанной с предотвратимыми состояниями, во многих странах. Данные результаты представляют собой серьезный аргумент для инвестирования в системы здравоохранения. В пользу этого также свидетельствует тот факт, что на долю смертности, связанной с предотвратимыми состояниями, все еще приходится до 25% от общей смертности (хотя различия между странами весьма существенны). В связи с этим дальнейшее улучшение системы здравоохранения представляется вполне возможным, а роль инвестиций в снижении смертности (и, соответственно, достижении экономических выигрышей) — важной.

Имеют место серьезные методологические сложности в оценке общественных вмешательств в здравоохранение и того, являются ли мероприятия на популяционном уровне более эффективными, чем медицинские услуги на индивидуальном уровне. Имеющиеся в настоящее время доказательства говорят о том, что популяционные вмешательства (в рамках системы здравоохранения или за ее пределами) вполне сопоставимы по эффективности и отношению цены к эффективности

с индивидуальными медицинскими услугами. Также доказано, что инвестирование в общественное здоровье более успешно при сочетании мер на макроуровне («восходящие») с действиями, направленными на конкретных лиц («нисходящие»).

«Восходящие» мероприятия обычно находятся вне прямого контроля системы здравоохранения, они обычно связаны с образованием или налоговой стратегией (например, перераспределение налогообложения или улучшение условий проживания). Важное значение при этом принадлежит руководителям системы здравоохранения, однако оно заключается в создании партнерских отношений, предоставлении информации по влиянию на здоровье, защите положительных изменений и др., а не в непосредственной реализации. «Нисходящие» мероприятия преимущественно направлены на популяризацию здоровья и предотвращение заболеваний; чаще всего такие действия находятся под непосредственным контролем системы здравоохранения. Они направлены на стереотипы поведения и образа жизни; часто сочетают индивидуальные воздействия и более широкие общественные меры, например, никотин-заместительная терапия в сочетании с антитабачной кампанией. Для повышения эффективности «нисходящие» мероприятия должны сочетаться с «восходящими» (например, с запретом на курение в общественных местах, изменениями налогообложения или сельскохозяйственными субсидиями).

Руководители здравоохранения должны принять решение по объемам инвестиций в службы здравоохранения и общественное здоровье, а также по сочетанию действий на различных уровнях. Ведутся активные споры по вопросу, является ли профилактика лучшей по сравнению с лечением, однако приведенные ранее примеры показывают, что однозначного ответа не существует. Система здравоохранения представляет собой непрерывный континуум действий, направленных на предотвращение заболеваний, пропаганду здорового образа жизни, лечение людей, влияние на показатели здоровья. Степень, в которой следует инвестировать в профилактику, в которой — в лечение, зависит от конкретных проблем здравоохранения, бремени болезней и факторов риска, соотношения цены и эффективности для конкретных вмешательств, возможностей системы здравоохранения, социально-экономического, политического и культурного контекста и других факторов. Отсутствие простой формулы, которая позволяла бы принять правильное решение делает роль

руководителей здравоохранения особенно важной. Они должны представлять всю информацию, которая необходима для наилучшего планирования действий в конкретных обстоятельствах.

Следующая проблема связана с определением того, какое вмешательство является наилучшим для системы здравоохранения. Особенно остро эта проблема стоит в связи с тем, что соотношение цены и эффективности любого вмешательства (или нескольких вмешательств) часто актуальна лишь для конкретных условий, в которых был получен данный показатель. На него оказывают влияние многочисленные факторы (оценка потребностей системы здравоохранения, имеющиеся возможности, стоимость инноваций и др.), вследствие чего автоматический перенос результатов из другой страны невозможен. В последнее время, однако, увеличивается число международных исследований (в том числе СНОИСЕ, спонсированное ВОЗ), результаты которых могут быть адаптированы в различных регионах, с учетом конкретных социально-экономических обстоятельств. Также становятся доступными все более доказательные данные по ряду ключевых проблем — табакокурению, алкоголю, ожирению, психическому здоровью и дорожно-транспортных происшествиях. Благодаря этому становится очевидными, что изменения в данных областях обеспечивают существенное улучшение общественного здоровья, являясь при этом выгодными с позиций отношения цены и эффективности.

Достаточно просто убедить руководителей использовать ограниченные ресурсы с максимальной эффективностью, однако гораздо сложнее доказать необходимость выделения дополнительных ресурсов. Доказательства, основанные на определении соотношения цены и эффективности, должны облегчить это, однако полученные при этом результаты также требуют критической оценки. Министерства здравоохранения должны предпринимать активные действия в данном направлении не только для обоснования расходования уже выделенных средств, но и с позиций получения аргументов для последующего выделения ресурсов.

В данном разделе основное внимание было уделено такой цели системы здравоохранения, как повышению уровня здоровья. Другими важными целями являются равенство в отношении здоровья и справедливость финансирования, а также соответствие ожиданиям граждан. Они не только входят в систему здравоохранения, но и тесно связаны с понятиями здоровья, благосостояния и социального благополучия.

### *Обеспечение справедливости распределения ресурсов*

Справедливость — ключевая цель системы здравоохранения. Она является ценностью в соответствии с представлением каждого человека и в соответствии с общеевропейскими ценностями. Неравенство в отношении здоровья оказывает резко отрицательное влияние на национальные экономики, отношение к здравоохранению и благополучие общества. Руководители здравоохранения должны принимать это во внимание и устранять неравенство при предоставлении услуг. Сложность подобных вмешательств во многом связана с тем, что неравенство в отношении здоровья обусловлено социально-экономическими факторами, находящимися за рамками собственно системы здравоохранения.

Вмешательства по коррекции неравенства могут быть сгруппированы в три категории: влияние на деятельность собственно системы здравоохранения; «нисходящие» стратегии, направленные на отношение к здоровью и образ жизни; «восходящие» стратегии, направленные на снижение разницы в доходе и благосостоянии. Системе здравоохранения принадлежит ключевое значение во всех этих направлениях. Повышение доступности и эффективности первичной медико-санитарной помощи обеспечивает существенное выравнивание качества оказываемых услуг. Здравоохранение обеспечивает формирование отношения к собственному здоровью и здоровому образу жизни. На снижение неравенства направлены разнообразные скрининговые программы. Создание медицинских служб для оказания помощи малоимущим — важный шаг для коррекции наиболее серьезных разрывов в качестве медицинской помощи. Руководители здравоохранения должны понимать отрицательные социальные последствия неравенства и настаивать на изменениях в смежных областях, направленных на коррекцию имеющихся разрывов (например, использовании выплат лицам с низкими доходами).

Для обеспечения равного доступа к услугам ключевое значение принадлежит прозрачности финансирования. Она гарантирует, что люди, не имеющие возможности платить, будут обеспечены помощью должного уровня (финансовая защита). Финансовая защита имеет прямое влияние и на более широкую концепцию системы здравоохранения, поскольку она представляет собой прямую связь между системами здравоохранения и стратегиями борьбы с бедностью.

### *Соответствия ожиданиям граждан*

Соответствие ожиданиям — одна из важных характеристик системы здравоохранения, которая оказывает значительное влияние на социальное благополучие. При выделении ресурсов необходимо быть уверенным в том, что реформирование здравоохранения отвечает запросам граждан. Существуют стратегии (обучение персонала, повышение конфиденциальности), которые при небольшом инвестировании существенно повышают удовлетворенность пациентов услугами здравоохранения. Другие аспекты, наоборот, менее очевидны. Например, увеличение возможности выбора на первый взгляд повышает способности системы к изменениям, однако при этом часто могут недооцениваться другие задачи. При этом могут получать более широкое распространение вмешательства с недоказанной эффективностью, с худшим отношением цены и эффективности.

Доказательство того, что вмешательство привело к повышению реактивности, не может быть простым. Во многом это обусловлено сложностью оценки данного процесса. Необходимо принимать во внимание культурные, классовые, возрастные и половые особенности. Международные способы оценки далеко не всегда применимы и сопоставимы. Поэтому затрудняется оценка эффективности того или иного подхода, а, следовательно, и принятие решения. Тем не менее, очевидно, что ожидания пациентов растут и они оказывают значительное влияние на развитие здравоохранения. Поэтому руководители здравоохранения должны усиливать контроль, обеспечивать должное обсуждение преобразований в максимально возможной степени.

### *Экономические основы для инвестирования в системы здравоохранения*

В данном документе показана абсолютная и экономическая ценность здоровья, а также то, что улучшение систем здравоохранения приводит к улучшению здоровья и социального благополучия. Необходимы инвестирования в различные области системы здравоохранения с учетом баланса с другими сферами. Системы здравоохранения оказывают не прямое и прямое влияние на национальные экономики; здравоохранение представляет собой крупный экономический сектор, являющийся важнейшим источником рабочей силы. Утверждается (часто фармакологическими компаниями и производителями медицинского оборудования), что инвестирование в системы здравоохранения усиливает этот экономический вклад и служит своеобразным мотором роста.

Сведения, представленные в данном обзоре, свидетельствуют о том, что размер сектора здравоохранения и его непосредственное коммерческое влияние не являются достаточными основаниями для рассмотрения инвестирования лишь как стратегии ускорения экономического роста. Во многом эффективность инвестирования в системы здравоохранения зависит от уровня экономической производительности труда, а также возможности освоения средств. При сравнении с другими секторами экономики прямое влияние систем здравоохранения является недостаточным основанием для инвестирования. Однако, имеются другие вполне обоснованные доказательства, которые свидетельствуют о целесообразности расходования средств на здравоохранение.

### **Инвестирование для повышения эффективности**

Хотя принципиально необходимость инвестирования в системы здравоохранения и является вполне доказанной, но необходимо постоянно обосновывать, что новые инвестиции действительно приведут к улучшению здоровья, улучшению справедливости оказания медицинской помощи, и обеспечат, таким образом, сбережение средств. Руководители здравоохранения должны уметь доказывать, что они могут использовать новые ресурсы для достижения поставленных задач, и что у них есть механизмы, гарантирующие сохранность выделяемых денежных средств. Определение эффективности имеет значение как для повышения эффективности, так и для оценки соотношения цены и эффективности. В седьмом разделе подробно представлены сведения по различным вариантам реформ в здравоохранении стран Европы, которые направлены на повышение эффективности, а также по методам, которыми оценивалось достижение поставленных целей. Следующие подразделы кратко описывают использование этих доказательств руководителями здравоохранения.

### *Поиск стратегий повышения эффективности*

Аргументация в пользу инвестирования в системы здравоохранения во многом определяется ответом на вопрос — приведут ли дополнительные ресурсы к повышению эффективности. Из-за этого руководители здравоохранения постоянно ищут стратегии и новые подходы, которые повышают эффективность. Абсолютно и однозначно лучших стратегий реформирования не существует. Во многом реформы зависят от конкретных обстоятельств и отражают национальные особенности, организационные структуры и конкретные обстоятельства среды, доступность ресурсов, ценности и ожидания пациентов, граждан и работников системы здравоохранения.

Появляется все больше данных по сравнению различных реформ здравоохранения, а также по возможности переноса результатов различных моделей. Например, было показано, что наибольшее влияние на качество помощи (по соотношению цены и эффективности) оказывают профилактика и уход. Особенно это актуально для услуг здравоохранения, оказываемых при хронических заболеваниях. С точки зрения формирования ресурсов имеются доказательства эффективности применения ОТЗ в снижении ятрогении и неэффективности вмешательств, а также в снижении расходов. Оба этих примера иллюстрируют не только краткосрочные, но и долгосрочные преимущества использования новых технологий. Также имеются обоснованные доказательства того, что усиление управления улучшает оказание услуг по здравоохранению, а также деятельность смежных областей, которые оказывают влияние на показатели здоровья.

Руководители здравоохранения при принятии решения могут опираться на доступные доказательства; хотя и не существует простого выбора «наилучших» реформ, не учитывающих конкретного контекста. Необходимо постоянно корректировать и обновлять реформы, помня о том, что эти изменения повышают возможности системы здравоохранения и являются аргументами в пользу дальнейшего инвестирования.

#### *Оценка эффективности и влияния методов оценки эффективности*

Если руководители здравоохранения уверены, что система здравоохранения выполняет возложенные на нее ожидания, и если они продолжают сберегать

ресурсы в связи с конкурирующими потребностями, то они должны:

- оценивать эффективность, в том числе отслеживание использования ресурсов;
- внедрять оценки эффективности в государственные системы здравоохранения, чтобы эти оценки и анализ вели к дальнейшему улучшению.

Это подразумевает применение прозрачных методов оценки эффективности на всех уровнях системы здравоохранения при условии взаимодействия различных задач и исходов; применение соответствующих индикаторов развития и влияния; использование показателей эффективности, которые дают возможность для последующих изменений. Руководители системы здравоохранения должны иметь доступ к соответствующей информации, чтобы оценивать проблемы и принимать оптимальные решения по инвестированию.

Задачи по оценке эффективности представляются вполне очевидными, менее ясны сложные методологические аспекты оценки ценности и практической достижимости. Но даже в этих областях постоянно идет развитие. Сейчас очевидно, что оценка эффективности требует активного участия государственных структур, которые обеспечивают ее взаимодействие с механизмами законотворчества, финансирования и материального стимулирования. На основе этого понимания государство должно обеспечить создание хорошо организованных и интегрированных систем оценки качества, а также обеспечивать инвестирование в эти системы.

## 9. Библиография

- (1) European Health Forum Gastein. *Economic and social dimensions of health*. Congress report of the 6th European Health Forum Gastein. Bad Gastein, 1–4 October 2003.
- (2) European Commission. *White Paper: Together for health: A strategic approach for the EU 2008–2013*. COM(2007)630 final. Brussels, European Commission, 23 October 2007 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf), accessed May 2008).
- (3) Council of Europe. *Terms of reference of the European Health Committee (CDSP)*. (Appendix 9 (Item 6.2b), Fact Sheet) Strasbourg, Council of Europe, 2007 (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1119365&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>, accessed May 2008).
- (4) The Commission on Macroeconomics and Health (CMH) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008 ([www.who.int/macrohealth/en/](http://www.who.int/macrohealth/en/), accessed April 2008).
- (5) Suhrcke M et al. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Brussels, European Commission, 2005.
- (6) Suhrcke M, Rocco L, McKee M (eds). *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.
- (7) Suhrcke M et al. (eds.) *Economic consequences of noncommunicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.
- (8) WHO Regional Office for Europe. The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update. *European Health for All Series*, No. 7. Denmark, WHO Regional Office for Europe, 2005.
- (9) Council of the European Union. *Council conclusions on common values and principles in European Union health systems* (2006/C 146/01). Brussels, Council of the European Union, 2006.
- (10) Council of Europe. *European Social Charter (revised)*. CETS No. 163, Art. 11. Strasbourg, Council of Europe, 1996.
- (11) Council of the European Union. *The Lisbon European Council – An agenda for economic and social renewal for Europe. Contribution of the European Commission to the Special European Council in Lisbon, 23–24 March*. Brussels, 28 February 2000.
- (12) Wanless D. *Securing our future health: Taking a long-term view*. Final report. London, HM Treasury, April 2002.
- (13) Wanless D. *Securing good health for the whole population*. Final report. London, HM Treasury, February 2004.
- (14) Fries JF. Ageing, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 1980, 303:130–135.
- (15) Fries JF. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 139:455–459.
- (16) Commission on Social Determinants of Health (CSDH) [web site]. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/), accessed May 2008).
- (17) Stahl T et al. (eds). *Health in all policies. Prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, under the auspices of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
- (18) Health Ministerial Delegation of EU Member States. *Declaration on “Health in all Policies”*. Rome, EU Ministerial Conference “Health in all Policies: achievements and challenges”, 18 December 2007.
- (19) Figueras J, McKee M, Menabde N (eds.). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, in press.
- (20) World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*. Geneva: World Health Organization, 2000.
- (21) Duran A et al. Understanding health systems: scope, functions and objectives. In: Figueras J, McKee M, Menabde N (eds.). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, in press.
- (22) Figueras J et al. Health systems, health and wealth: an introduction. In: Figueras J, McKee M, Menabde N (eds.). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory

on Health Systems and Policies, Open University Press, in press.

(23) Council of Europe. *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*. CETS No. 164, Art. 3. Strasbourg, Council of Europe, 1997.

(24) Busse R, van Ginneken E, Normand C. Re-examining the cost pressures. In: Figueras J, McKee M, Menabde N (eds.). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, in press.

(25) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* Economics Department Working Papers No. 477. Paris, OECD, 2006.

(26) Economic Policy Committee and European Commission. *The 2005 EPC projections of age-related expenditure: agreed underlying assumptions and projection methodologies*. European Economy Occasional Papers, No. 19, 2005 ([http://ec.europa.eu/economy\\_finance/epc/documents/2005/ageing2005en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2005/ageing2005en.pdf), accessed April 2008).

(27) Chawla M, Betcherman G, Banerji A. *From red to gray: the third transition of aging populations in eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington, DC, World Bank, 2007.

(28) Fuchs VR. Though much is taken: reflections on ageing, health, and medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1984, 62:143–166.

(29) Burniaux JM, Duval R, Jaumotte F. *Coping with ageing: a dynamic approach to quantify the impact of alternative policy options on future labour supply in OECD countries*. Working Papers No 371. Paris, OECD Economics Department, 2003.

(30) Oliveira Martins J et al. *The impact of ageing on demand, factor markets and growth*. Economics Working Paper No 420. Paris, OECD, 2005.

(31) Chernew ME et al. Managed care, medical technology, and health care cost growth: A review of the evidence. *Medical Care Research and Review*, 1998, 55:259–288 (and 289-297).

(32) Goetghebeur MM, Forrest S, Hay JW. Understanding the underlying drivers of inpatient cost growth: a literature review. *The American Journal of Managed Care*, 2003, 9:3–12, Special Issue 1.

(33) Docteur E, Oxley H. *Health care systems – lessons from the reform experience*. OECD Health Working Papers, No. 9, Paris, OECD, 2003.

(34) Pammolli F et al. *Medical devices, competitiveness and impact on public health expenditure*. Study prepared for the Directorate General Enterprise of the European Commission. Florence, University of Florence, 2005 ([http://www.cermlab.it/\\_documents/MD\\_Report.pdf](http://www.cermlab.it/_documents/MD_Report.pdf), accessed April 2008).

(35) Dormont H, Grignon M, Huber H. *Health expenditures and the demographic rhetoric: reassessing the threat of ageing*. Working Paper No. 05-01. Lausanne, IEMS, Universit de Lausanne, 2005.

(36) Sorenson C et al. *How can the impact of HTA be enhanced? Health systems and policy analysis: Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.

(37) Baumol WJ. Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. *American Economic Review*, 1967, 57:415–426.

(38) Hartwig J. What drives health care expenditure? Baumol's model of "unbalanced growth" revisited. *Journal of Health Economics*, in press.

(39) Suhrcke M et al. *The economic costs of ill health in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Background document), in press.

(40) Usher D. An imputation to the measure of economic growth for changes in life expectancy. In: Moss M (ed). *The measurement of economic and social performance*. New York, Columbia University Press for National Bureau of Economic Research, 1973: 193–226.

(41) Nordhaus WD. The health of nations: The contribution of improved health to living standards. In: Murphy KM, Topel H (eds.). *Measuring the gains from medical research: An economic approach*. Chicago, University of Chicago Press, 2003: 9–40.

(42) Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. *Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union*. Luxembourg, European Commission, 2007.

(43) Auld MC. Smoking, drinking and income. *Journal of Human Resources*, 2005, 40(2):505–518.

(44) Lye JN, Hirschberg J. Alcohol consumption, smoking and wages. *Applied Economics*, 2004, 36:1807–1817.

(45) Cawley J. The impact of obesity on wages. *Journal of Human Resources*, 2004, 39(2):451–474.

(46) García Gómez P. *Institutions, health shocks and labour outcomes across Europe*. Madrid, Fundación de

- Estudios de Economía Aplicada, 2008 (FEDEA Working Paper No. 2008-01) (<http://www.fedea.es/pub/Papers/2008/dt2008-01.pdf>, accessed May 2008).
- (47) Lechner M, Vazquez-Alvarez R. *The effect of disability on labour market outcomes in Germany: Evidence from matching*. Discussion Paper No 4223. Centre for Economic Policy Research, 2004.
- (48) Hagan R, Jones AM, Rice N. *Health and Retirement in Europe*. HEDG Working Paper 06/10. York, University of York, 2006.
- (49) Kalwij A, Vermeulen F. *Labour force participation of the elderly in Europe: The importance of being healthy*. Discussion Paper No 1887. Bonn, Institute for the Study of Labour, 2005.
- (50) Suhrcke M et al. *Chronic disease: An economic perspective*. London, Oxford Health Alliance, 2006.
- (51) Fogel RW. Economic growth, population theory and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy. *The American Economic Review*, 1994, 84(3):369–395.
- (52) Suhrcke M et al. Economic costs of ill health. In: Figueras J, McKee M, Menabde N (eds.). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, in press.
- (53) Suhrcke M, Urban D. *Are cardiovascular diseases bad for economic growth?* Munich, Center for Economic Studies and the Ifo Institute for Economic Research (CESifo) Working paper No. 1845, 2006.
- (54) Zweifel P, Steinmann L, Eugster P. The Sisyphus syndrome in health revisited, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2005, 5:127–145.
- (55) Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1982, 60:183–244.
- (56) Manton KG, Stallard E, Corder L. Changes in morbidity and chronic disability in the US elderly population: Evidence from the 1982, 1984 and 1989 National Long-Term Care Surveys. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 1995, 50:194–204.
- (57) Seshamani M, Gray AM. Ageing and health care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Economics*, 2004, 13:303–314.
- (58) Seshamani M, Gray AM. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *Journal of Health Economics*, 2004, 23(2):217–235.
- (59) Raitano M. *The impact of death-related costs on health care expenditure: A survey*. European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI) <http://www.enepri.org/files/Publications/RR17.pdf>, accessed May 2008). Research Report No. 17, February 2006.
- (60) Gandjour A, Lauterbach KW. Does prevention save costs? Considering deferral of the expensive last year of life. *Journal of Health Economics*, 2005, 24:715–724.
- (61) Daviglius ML et al. Cardiovascular risk profile earlier in life and Medicare costs in the last year of life. *Archives of Internal Medicine*, 2005, 165:1028–1034.
- (62) Mackenbach JP, Kunst AE. Evidence for strategies to reduce socioeconomic inequalities in health in Europe. In: Figueras J, McKee M, Menabde N (eds.). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, in press.
- (63) McDaid D, Drummond M, Suhrcke M. *How can European health systems support investment in and implementation of population health strategies? Health systems and policy analysis: Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (64) WHO Regional Office for Europe. European Health for All database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/hfadab>, accessed May 2008).
- (65) WHO. *Global burden of disease estimates*. Geneva, World Health Organization, 2004.
- (66) McDaid D, Suhrcke M, Shiell A. Is prevention better than cure? The contribution of public health and health promoting interventions. In: Figueras J, McKee M, Menabde N (eds.). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, in press.
- (67) WHO. *World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- (68) Leal J et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European Heart Journal*, 2006, 27:1610–1619.
- (69) Emery C et al. Cost of obesity in France. *La Presse Medicale*, 2007, 36:832–840.
- (70) Odegaard K et al. The Swedish cost burden of overweight and obesity – evaluated with the PAR approach and a statistical modelling approach. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2008, 3(1):51–57.

- (71) Allender S, Rayner M. The burden of overweight and obesity-related ill health in the UK. *Obesity Reviews*, 2007, 8:467–473.
- (72) Sobocki P et al. Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2006, 9:87–98.
- (73) Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychosocial Medicine*, 1997, 27:861–873.
- (74) Stewart WF et al. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:3135–3144.
- (75) Jarl J et al. The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. *European Journal of Health Economics*, 2007 [e-pub ahead of print].
- (76) Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies, 2006.
- (77) McDaid D, Kennelly B. The case for suicide prevention: an economic perspective. In: *The Oxford Textbook of Suicidology – The Five Continents Perspective*. Oxford, Oxford University Press, in press.
- (78) McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford, Blackwell, 1979.
- (79) Illich I. *Limits to medicine*. London, Marion Boyars, 1976.
- (80) Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:725–729.
- (81) Nolte E, McKee M. *Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited*. London, The Nuffield Trust, 2004.
- (82) Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. *Health Affairs*, January/February 2008, 27:58–71.
- (83) Rutstein DD et al. Measuring the quality of medical care. *New England Journal of Medicine*, 1976, 294:582–588.
- (84) Holland WW (ed). The “avoidable” death guide to Europe. *Health Policy*, 1986, 6:115–117.
- (85) Kunst AE, Looman CWN, Mackenbach JP. Medical care and regional mortality differences within the countries of the European Community. *European Journal of Population*, 1988, 4:223–245.
- (86) Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – the case of tracers. *New England Journal of Medicine*, 1973, 288:189–194.
- (87) Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Improving health: measuring effects of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1994, 72:225–258.
- (88) Beaglehole R. Medical management and the decline in mortality from coronary heart disease. *British Medical Journal*, 1986; 292:33.
- (89) Bots ML, Grobee, DE. Decline of coronary heart disease mortality in the Netherlands from 1978 to 1985: contribution of medical care and changes over time in presence of major cardiovascular risk factors. *Journal of Cardiovascular Risk*, 1996, 3:271–276.
- (90) Newey C et al. *Avoidable mortality in the enlarged European Union*. Paris, Institut des Sciences de la Santé, 2004.
- (91) Hutubessy RC et al. Generalized cost–effectiveness analysis: an aid to decision-making in health. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2002, 1(2):39–46.
- (92) Hoffmann C, Graf von der Schulenburg JM. The influence of economic evaluation studies on decision-making. A European survey. (The EUROMET group.) *Health Policy*, 2000, 52:179–192.
- (93) OECD & WHO. Switzerland (OECD Reviews of Health Systems). Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006
- (94) Appleby J, Devlin N, Parkin D. NICE’s cost–effectiveness threshold. *British Medical Journal*, 2007;335:358–359.
- (95) Murray CJL et al. Effectiveness and costs of interventions to reduce systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis of reduction of cardiovascular disease risk. *Lancet*, 2003, 361:717–725.
- (96) Murray CJL et al. Development of WHO guidelines on generalized cost–effectiveness analysis. *Health Economics*, 2000, 9(3):235–251.
- (97) Edejer TTT et al. (eds.). *Making choices in health: WHO guide to cost–effectiveness analysis*. Geneva, WHO, 2003.
- (98) Evans, DB et al. Achieving the Millennium Development Goals for health: Methods to assess the costs and health effects of interventions for improving health in developing countries. *British Medical Journal*, 2005, 331:1137–1140.
- (99) Chisholm D, Evans DB. Economic evaluation in health: saving money or improving care? *Journal of Medical Economics*, 2007, 10:325–327.
- (100) WHO [web site]. CHOICE, CHOosing Interventions that are Cost-Effective. Geneva, World Health Organization ([www.who.int/choice](http://www.who.int/choice), accessed April 2008), 2008.

- (101) WHO. *National Health Accounts (NHA)*. Geneva, World Health Organization ([www.who.int/nha](http://www.who.int/nha), accessed April 2008).
- (102) World Bank [web site]. Data and statistics. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/SDHOTB92H0>, accessed April 2008).
- (103) McDaid D, Needle J. *Economic evaluation and public health: mapping the literature*. Cardiff, Welsh Assembly Government, 2006.
- (104) Schwappach DL, Boularte TA, Suhrcke M. The economics of primary prevention of cardiovascular disease – a systematic review of economic evaluations. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2007, 5:5.
- (105) Rush B, Shiell A, Hawe P. A census of economic evaluations in health promotion. *Health Education Research*, 2004, 19:707–719.
- (106) European Commission. *Work Programme of the Community Action Programme on Health Promotion, Information, Education and Training*. GEST 9V/F/3. Luxembourg, European Commission DG V, 1998.
- (107) Chaloupka F, Warner W. The economics of smoking. In: Cuyler A, Newhouse J (eds.). *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier Science, 2000, Vol. 1B:1539–1627, 2000.
- (108) Leon DA et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia (the Izhevsk Family Study): a population based case-control study. *Lancet*, 2007, 369: 2001–2009.
- (109) McKee M et al. The composition of surrogate alcohols consumed in Russia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2005, 29:1884–1888.
- (110) Pärna K et al. A rapid situation assessment of the market for surrogate and illegal alcohols in Tallinn, Estonia. *International Journal of Public Health*, 2007, 52: 402–410.
- (111) Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 1999, 29(6):563–570.
- (112) Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention*. Winterthur, Winterthurer Institut, 2004.
- (113) National Health and Medical Research Council (NHMRC). *Promoting the health of Australians: case studies of achievements in improving the health of the population*. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1997.
- (114) Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programmes at the worksite: update VI 2000–2004. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47(10):1051–1058.
- (115) Mills PR et al. Impact of a health promotion programme on employee health risks and work productivity. *American Journal of Health Promotion*, 2007, 22(1):45–53.
- (116) Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BioMed Central Public Health*, 2008, 8:20.
- (117) Laxminarayan R., Chow J, Shahid-Salles AA. Intervention cost-effectiveness: Overview of main messages. In: Jamison DT et al. (eds.). *Disease control priorities in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2006.
- (118) Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, 65(6):782–793.
- (119) WHO [web site]. Cost-effectiveness results: Tobacco use. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/choice/interventions/en/>, accessed May 2008).
- (120) International Society for Equity in Health [web site]. Guatemala, International Society for Equity in Health (<http://www.iseqh.org>, accessed March 2008).
- (121) Mackenbach JP. *Health inequalities: Europe in profile*. London, UK Presidency of the EU, 2006.
- (122) Eikemo T et al. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, in press.
- (123) Eikemo T et al. Class-related health inequalities are not larger in the East: A comparison of 4 European regions using the new socioeconomic classification. *Social Science and Medicine*, in press.
- (124) MacIntyre S et al. Using evidence to inform health policy: Case study. *British Medical Journal*, 2001, 322:222–225.
- (125) Mackenbach JP, Bakker MJ, European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: an analysis of recent European experiences. *Lancet*, 2003, 362:1409–1414.

- (126) Stirbu I et al. Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. In: Kunst et al (eds). *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach (Eurothine)*. Rotterdam, Erasmus MC, 2007:139–158.
- (127) Stirbu I et al. Educational inequalities in utilization of preventive services among elderly in Europe. In: Kunst et al (eds). *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach (Eurothine)*. Rotterdam, Erasmus MC, 2007: 483–499.
- (128) Mielck A et al. Association between foregone care and household income among the elderly in 10 western European countries. In: Kunst et al (eds). *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach (Eurothine)*. Rotterdam, Erasmus MC, 2007: 471–482.
- (129) Starfield B, Birn AE. Income redistribution is not enough: income inequality, social welfare programmes, and achieving equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61:1038–1041.
- (130) Busse R, Valentine N, van Ginneken E. Being responsive to citizens' expectations? Health services and responsiveness. In: Figueras J, McKee M, Menabde N (eds.). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, in press.
- (131) Valentine NB et al. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. In: Murray CJL, Evans DB (eds). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization, 2003: 573–596.
- (132) Üstün TB et al. *WHO multi-country survey study on health and responsiveness 2000–2001*. Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper 37), 2001.
- (133) European Commission [web site]. Eurobarometer surveys. Brussels, European Commission ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm), accessed April 2008).
- (134) Blendon RG et al. Common concerns amid diverse systems: Health care experiences in five countries. The experiences and views of sicker patients are bellwethers for how well health care systems are working. *Health Affairs*, 2003, 22(3):106–121.
- (135) The Picker Institute [web site]. *Through the patient's eyes*. Camden, ME, The Picker Institute (<http://www.pickerinstitute.org/>, accessed April 2008).
- (136) Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index 2007. EHCI 2007 report*. Health Consumer Powerhouse AB, 2007.
- (137) Valentine NB et al. Responsiveness. In: Smith PC et al. (eds.). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (138) Valentine NB et al. Patient experiences with health services: population surveys from 16 OECD countries. In: Murray CJL, Evans DB (eds). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization, 2003
- (139) European Commission. *Eurobarometer surveys. Eurobarometer 2002*. Brussels, European Communities, 2002.
- (140) Figueras J, Lessof S, Srivastava D. Managing paradox. In: Marinker M (ed.). *Constructive conversations about health policy and values*. Oxford, Radcliffe Publishing, 2006.
- (141) Thomson S, Dixon A. Choices in health care: the European experience. *Euro Observer*, 2004, 6(4):1–4.
- (142) Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and health care providers. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(4):355–360.
- (143) Strandberg-Larsen M et al. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(6):1–164.
- (144) Institute for Public Policy Research (IPPR). *Patient choice should reduce health inequalities*. Press release [online]. London, Institute for Public Policy Research, 16 November 2005 (<http://www.ippr.org/pressreleases/?id=1790>, accessed May 2008).
- (145) Klein R. The politics of participation. In: Maxwell R, Weaver N (eds.). *Public participation in health*. London, King Edward's Hospital Fund: 17–32.
- (146) O'Mahony M, Van Ark B. EU productivity and competitiveness: an industry perspective. Can Europe resume the catching-up process? European Commission, 2003.
- (147) European Commission [online database]. EUROSTAT. Brussels, 2008 (<http://europa.eu/eurostat/>, accessed February 2008).
- (148) European Commission. *Creating an innovative Europe: Report of the Independent Expert Group on R&D and Innovation appointed following the Hampton Court Summit*. Luxembourg, Office of the European Communities, 2006.
- (149) Griliches Z. The search for R&D spillovers. *Scandinavian Journal of Economics*, 1992, 94:29–47.

- (150) Eurostat. *Statistical books. Science, technology and innovation in Europe*. Luxembourg, Eurostat Statistical Office of the European Communities, 2008.
- (151) European Commission. *Funding health in your region*. (Factsheet) Brussels, Office of the European Communities, 2007 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/structural\\_funds\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/structural_funds_en.pdf), accessed May 2008).
- (152) Saltman RB et al. Health system reform strategies. In: Figueras J, McKee M, Menabde N (eds.). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, in press.
- (153) European Observatory on Health Systems and Policies [web site]. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (<http://www.euro.who.int/observatory>, accessed May 2008).
- (154) Nolte E, McKee M (eds.). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, in press.
- (155) Coyte PC, Goodwin N, Laporte A. *How can the settings used to provide care to older people be balanced? Health systems and policy analysis: Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (156) Singh D. *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Health systems and policy analysis: Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (157) Nolte E, Knai C, McKee M (eds.). *Managing chronic conditions – experience in eight countries*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (158) Castoro C et al. *Day surgery: Making it happen. Health systems and policy analysis: Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.
- (159) McKee M. *Reducing hospital beds. Health Systems and Policy Analysis: Policy Brief*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- (160) McKee M, Healy J (ed.). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- (161) Saltman RB, Rico A, Boerma WGW (eds.). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire, Open University Press, 2006.
- (162) Atun RA. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network, 2004.
- (163) Atun RA, Bennett S, Duran A. *When do stand-alone (vertical) programmes have a place in health systems? Health systems and policy analysis: Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (164) Coulter A, Parsons S, Askham J. *Where are the patients in decision-making about their own care? Health systems and policy analysis: Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (165) Saltman RB, Busse R, Mossialos E (eds.). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- (166) Legido-Quigley H et al. *Assuring the quality of health care in the European Union*. Berkshire, Open University Press, in press.
- (167) Rechel B, Dubois C-A, McKee M (eds.). *The health care workforce in Europe. Learning from experience*. Trowbridge, Cromwell Press, 2006.
- (168) Dubois CA, McKee M, Nolte E (eds.). *Human resources for health in Europe*. Berkshire, Open University Press, 2006.
- (169) Buchan J. *How can the migration of health service professionals be managed in ways that reduce any negative effects on supply? Health systems and policy analysis: Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (170) Bourgeault IL et al. *How to effectively implement optimal skill mix and why? Health systems and policy analysis: Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (171) Merkur S et al. *Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practise? Health systems and policy analysis: Policy brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.

- (172) Mossialos E, Mrazek M, Walley T (eds.). *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. Berkshire, Open University Press, 2004.
- (173) Davis C. Understanding the legacy: health financing systems in the USSR and eastern Europe prior to transition. In: Kutzin J, Cashin C, Busse R (eds.). *Implementing health financing reforms: Lessons for and from countries in transition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (174) Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Busse R (eds.). *Implementing health financing reforms: Lessons for and from countries in transition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (175) Mossialos E, Thomson S. *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- (176) Sheiman I et al. Sources of funds and revenue collection: reforms and challenges. In: Kutzin J, Cashin C, Busse R (eds.). *Implementing health financing reforms: Lessons for and from countries in transition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (177) Kutzin J et al. *Health financing policy: a guide for decision-makers*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe Health Systems Financing Programme, in press.
- (178) Hrobo P, Machacek T, Julinek T. *Healthcare reform for the Czech Republic in the 21st century Europe*. Prague, Health Reform.cz, 2005.
- (179) Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform..* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Division of Country Health Systems, Health financing policy paper), 2008.
- (180) Minder A et al. Health care systems in transition: Switzerland. *Health Systems in Transition*, 2000, AMS 5012667 (SWI):1–82.
- (181) Hofmarcher M M, Rack H-M. Austria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2006, 8(3):1–247. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- (182) Sauerland D. *Presentation to the 6th European Conference on Health Economics*. Budapest, 6–9 July 2006.
- (183) Hrobo P. *The Czech health system: its presence and future. Presentation to Hungarian Parliament Conference on Health Insurance Reform 2007–2009*. Budapest, 26 January 2007.
- (184) Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (eds.). *Purchasing to improve health systems performance*. Berkshire, Open University Press, 2005.
- (185) Saltman RB, Busse R, Figueras J (eds.). *Social health insurance systems in western Europe*. Berkshire, Open University Press, 2004.
- (186) Smith PC et al. (eds.). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (187) Smith PC et al. *Performance assessment. Background document*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in press.
- (188) Murray CJL, Evans, DB (eds.). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization, 2003.
- (189) Shengelia B et al. Access, utilization, quality and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:97–109.
- (190) Kutzin J. *Overview of health system functions. Presentation to Flagship Summer School on the Essentials of Health System Reform and Sustainable Financing*. Budapest, 28 August–2 September 2005.
- (191) Dudley RA. Pay-for-performance research: How to learn what clinicians and policy-makers need to know. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 294(14):1821–1823.
- (192) Wismar M et al. *Health targets in Europe: learning from experience*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8,

DK-2100 Copenhagen Ø,

Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17

Факс: +45 39 17 18 18

Электронный адрес: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)

Интернет-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Данный обзор является одним из трех справочных документов, подготовленных для Европейской министерской конференции ВОЗ «Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние», которая пройдет 25–27 июня 2008 г. в Таллинне, Эстония. В совокупности материалы этих документов показывают, что:

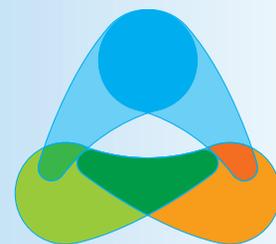
- плохое здоровье приносит значительные экономические убытки и отрицательно сказывается на благосостоянии общества;
- эффективная деятельность систем здравоохранения может способствовать укреплению здоровья, росту благосостояния и увеличению общественного богатства;
- есть способы повысить эффективность работы здравоохранения.

Это – основные темы конференции. Справочные материалы освещают важнейшие результаты исследований и выводы из них и очерчивают проблемы, стоящие перед политиками. Они поддерживают позицию конференции: экономически эффективное и обоснованное вложение средств в здравоохранение приносит отдачу и может укрепить здоровье населения, увеличить общественное богатство и благосостояние в самом широком смысле слова.

В совокупности указанные справочные материалы обеспечивают теоретическое обоснование, на которое опираются цели, аргументация и принципы конференции. В первом документе приведены справочные данные по экономическим издержкам плохого здоровья, в основе которых лежат две работы, посвященные инвестициям в здоровье в странах Восточной и Западной Европы. Второй и третий документы представляют собой краткие обзоры двух полных изданий конференции, подготовка которых координируется Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. В этих работах, посвященных системам здравоохранения, связи между здоровьем и благосостоянием и эффективности здравоохранения, принимал участие ряд ведущих экспертов; они будут представлены участникам конференции в черновом виде для комментариев. Затем они будут переработаны с учетом этих комментариев и опубликованы в конце 2008 г.

### **Справочный документ №3 — Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения**

Данный обзор представляет концептуальную схему, которая описывает сложные взаимоотношения между системами здравоохранения, здоровьем и благополучием. В нем анализируются доказательства, которые свидетельствуют о том, что инвестирование в здравоохранение повышает уровень социального благополучия. Показано, что услуги по здравоохранению в сочетании с грамотным управлением не только не нарушают финансовой устойчивости системы, но способствуют экономическому росту. Также демонстрируется, как правильное инвестирование в услуги здравоохранения (на индивидуальном и популяционном уровнях), а также в смежные области, в сочетании с оценкой эффективности, может улучшить состояние здоровья, повысить справедливость распределения и оперативность системы здравоохранения, что обеспечивает экономический рост.



Европейская министерская конференция  
ВОЗ по системам здравоохранения:  
**„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-  
ЗДОРОВЬЕ - БЛАГОСОСТОЯНИЕ“**  
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.



**ЕВРОПА**