



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЯТЬДЕСЯТ ВТОРАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Пункт 5 предварительной повестки дня

A52/DIV/4
29 апреля 1999 г.

Заседания круглого стола для министров

Определение приоритетов в секторе здравоохранения: задачи для министров

1. Во всем мире общественные ресурсы, выделяемые на медико-санитарную помощь, являются недостаточными. Разрыв между тем, что требуется, и тем, что мы можем себе позволить, означает, что установление приоритетов становится важнейшей задачей всех систем здравоохранения, как “богатых”, так и “бедных”.
2. Для определения масштабов дискуссии в отношении установления приоритетов и ассигнования ресурсов представляется полезным поразмыслить о различных типах решений. Критический выбор всегда следует делать с осторожностью:
 - какая часть налоговых поступлений ассигнуется на здравоохранение
 - каково распределение бюджета по здравоохранению между географическими районами
 - каковы ассигнования ресурсов для различных уровней медико-санитарных служб и на программы борьбы с отдельными заболеваниями
 - какие формы лечения могут предоставляться на основе общественного финансирования
 - какие категории имеют право на получение такого лечения
 - каковы расходы на отдельных пациентов
 - какая часть имеющихся фондов, идущих на развитие, необходима для покрытия эксплуатационных расходов
 - каково распределение бюджетных средств между расходами на оклады и не связанные с окладами расходы.

3. Что же тогда выступает как основа для принятия этих решений с учетом вступающих в противоречие друг с другом требований и “ценностей”? На каком уровне в рамках системы здравоохранения должны приниматься такие решения? Кто является основными участниками этого процесса?

4. Прежде чем ответить на эти вопросы, необходимо указать на целый ряд параметров, которые отделяют сегодня беднейшие народы мира от их более состоятельных братьев. Совершенно очевидно, что уровень расходов на здравоохранение составляет полярные величины при сопоставлении расходов на душу населения, составляющих от 6 до 10 долл. США в прилегающих к Сахаре странах Африки до 1000 долл. США в северной Европе и 2700 долл. США в Соединенных Штатах Америки. Во-вторых, из 6-10 долл. США, которые расходуются на здравоохранение в беднейших странах, одна треть приходится на долю иностранной помощи, предоставляемой в качестве субсидий или низкопроцентных ссуд. В-третьих, национальные учреждения и системы руководства являются в таких странах очень слабыми, и в них не хватает подготовленных кадров. В-четвертых, во многих странах с низкими доходами гражданское общество не всегда может в полную меру заявить об этом или наложить вето в процессе установления приоритетов. И наконец, самое последнее - политика в секторе устанавливается без учета реалистической структуры ресурсов.

5. Парадоксально, что сообщество международных доноров, оказывающее помощь отдельным правительствам, избегает принятия трудных решений в отношении распределения ресурсов. В соответствии со сложившейся практикой агентства-доноры финансировали и оказывали поддержку отдельным проектам, исходящим из их собственных приоритетов. Эти приоритеты были связаны с отдельными географическими районами, отдельными заболеваниями, особым уровнем медико-санитарной помощи (например, первичная медико-санитарная помощь и общественное здравоохранение, а не стационарные службы), особыми типами вмешательств (например, иммунизация или поставка контрацептивов), особыми системами контроля (например, поставки лекарственных средств) или особыми группами населения (например, беременные женщины, дети до пяти лет). Это в какой-то степени мешало правительствам, принимающим такую помощь, в разработке последовательных политик, а также при ассигновании ресурсов и в вопросах их учета. И хотя и сегодня в вопросах установления приоритетов правительствами нет полной определенности, за отсутствием таковой происходит распределение медико-санитарной помощи сотрудниками служб на том уровне, где эта помощь оказывается. Такое распределение может принимать разнообразные формы, включая отказ в лечении, выбор тех, кто может воспользоваться определенными видами помощи, или задержки в предоставлении услуг тем, кто в них нуждается или их запрашивает.

6. Усилия по внедрению научных методов в процесс принятия решений получили значительную поддержку в начале 1990-х годов с выходом в свет *Доклада Всемирного банка за 1993 г. по вопросам развития в мире: инвестиции в здравоохранение*. В докладе рассматривался вопрос о подходе на основе количественного анализа к тому бремени, которое налагается заболеваниями; вопрос об анализе экономической эффективности альтернативных видов вмешательства и определения основного набора медико-санитарных вмешательств, основанных на этом анализе.

7. Ряд стран с низким и средним уровнями дохода занялись этими вопросами, в ряде случаев заручившись значительной технической поддержкой Банка или других организаций. Вместе с тем, следует указать на то, что мы не располагаем убедительными данными, свидетельствующими о том, что эти методы в значительной степени повлияли на расходы в здравоохранении. Исследование, проведенное в 14 странах, свидетельствует о том, что основные перечни указанных выше вмешательств оказывались слишком дорогими в сопоставлении с имеющимися ресурсами. Более того, вместо того, чтобы воздействовать на повышение эффективности, реакция большинства правительств заключалась в том, чтобы получить более значительные взносы со стороны международного сообщества или со своих граждан. Изменения в ассигновании ресурсов и разработка стратегий для повышения технической эффективности и укрепления национального учрежденческого потенциала вновь оказались в числе неприоритетных задач.

8. В странах промышленно развитого мира, особенно в странах с хорошо развитыми системами социального обеспечения и медико-санитарной помощи, были предприняты попытки четко определить приоритеты с помощью обзоров тех видов медико-санитарной помощи, которая оказывается их службами, финансируемыми за счет общественных фондов. Первый этап такого рода начинаний характеризовался, прежде всего, поисками систем, исходящих из полного набора не вступающих в противоречие друг с другом рациональных положений. Полученные данные позволяли тем, кто отвечает за принятие решений, решать вопрос о том, каким образом данная служба должна быть приоритезирована в сопоставлении с другими службами и какие основные услуги и выгоды из этого проистекают. Примерами “идеального варианта” такой концепции могут служить продолжительность жизни, с коррекцией на качество жизни, или подход “Орегон”. Главная предпосылка при этом заключается в том, что такие решения являются закономерными, поскольку они сделаны на основании правил и стандартов, принятых системой. Если эти правила являются рациональными, то, следуя такой логике, рациональными должны быть и решения.

9. Вместе с тем, по мере того, как разрыв между национальными структурами для установления приоритетов и их осуществлением становится все более очевидным, напрашивается вывод о том, что сама идея, основанная на простом наборе правил, исходящих из научной методологии, является ошибочной. В результате этого философия установления приоритетов претерпела значительные изменения по ряду направлений:

- уделения большего внимания **процессу**, а не **результатам** установления приоритетов при признании исконно политической природы вопроса
- **новых форм диалога** между политиками, специалистами здравоохранения и общественностью
- замены жестких параметров по вопросам включения или исключения определенных видов обслуживания при **более свободном определении основных служб**

- большего акцента на **процедурную сторону** вопроса в отличие от реального права с точки зрения установленных норм
- разработки широких руководств, содействующих использованию **медицины, основанной на фактических данных на уровне клинициста**, с тем чтобы обеспечить наилучшие виды помощи и сократить различия в уровне ее оказания
- большего акцента на стратегии реформы, с тем чтобы достичь лучших результатов при меньших затратах и для **улучшения эффективности**.

10. Страны Севера пришли к признанию того, что рациональные методы должны занимать достойное место в жизненных реалиях, но они не могут выступать в качестве единого и важнейшего параметра при определении приоритетов. При этом логично было бы поставить вопрос о том, не привело ли внедрение рационализма в странах с низким уровнем дохода к ослаблению изначальных позиций в этом вопросе. Сегодня все больше и больше опасений высказывается в отношении того, что уделение исключительного внимания вопросу о наборе основных медико-санитарных вмешательств может отвлечь внимание от необходимости “разработать” открытую систему бухгалтерской отчетности для здравоохранения и надежные системы управления финансами. Знание того, откуда поступают деньги и куда они направляются, должно быть главным приоритетом для развивающихся стран. Без этой информации установление приоритетов и распределение ресурсов останутся сокрытыми от глаз.

11. Для достижения указанной цели разрабатываются новые подходы для доноров, которые оказывают содействие сектору здравоохранения в странах с низким уровнем дохода, начиная с обоснования реалистической структуры ресурсов, поступающих из всех источников, и привлечения всех партнеров к техническому, учрежденческому, политически осознанному процессу переговоров по вопросу о приоритетности расходов. Так же как и в случае с “новым мышлением” в странах развитого мира, такой подход предлагает бедным странам разумный “средний” путь между неопределенностью и исключительно рациональными подходами.

= = =