



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЯТЬДЕСЯТ ТРЕТЬЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Пункт 3 предварительной повестки дня

A53/4
29 марта 2000 г.

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.

Системы здравоохранения: улучшение деятельности

1. В письме о созыве Пятьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-члены были проинформированы о решении Генерального директора опубликовать *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* после Ассамблеи здравоохранения, с тем чтобы его можно было выпустить на всех шести официальных языках. Намерение состоит в том, чтобы выпустить доклад как можно ближе к 19 июня 2000 г., то есть к дате открытия Международной конференции здравоохранения в Нью-Йорке в 1946 году. На этой исторической Конференции было решено, что предполагаемое новое специализированное учреждение в области здравоохранения в системе Организации Объединенных Наций будет носить название Всемирной организации здравоохранения, и был согласован Устав ВОЗ. В настоящем документе представлен общий обзор доклада для оказания помощи делегациям при их подготовке к Ассамблее здравоохранения.

ПОСЛАНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА

2. Что представляет собой хорошая система здравоохранения? Что делает систему здравоохранения справедливой? Как мы определяем, работает ли система здравоохранения так хорошо, как она могла бы работать? Эти вопросы являются предметом общественных обсуждений в большинстве стран всего мира. Ответы, разумеется, будут зависеть от того, кто на них отвечает. Министр здравоохранения, отстаивающий бюджет в парламенте; министр финансов, пытающийся урегулировать многочисленные притязания на общественную казну; измученный постоянными проблемами руководитель больницы, которому необходимо найти больше коек; врач или медсестра медицинского пункта, у которых закончились запасы антибиотиков; редактор новостей, ищущий тему для статьи; мать, желающая вылечить своего двухлетнего ребенка; группа давления, лоббирующая для получения лучших услуг, - у всех у них есть свои мнения. Мы во Всемирной организации здравоохранения нуждаемся в помощи всех участвующих в достижении сбалансированной оценки.

3. Какой бы стандарт мы ни применяли, очевидно, что системы здравоохранения в некоторых странах работают эффективно, а другие - нет. Это не вызвано только различиями в доходах или расходах: эффективность может заметно различаться даже в странах со сходными уровнями расходов на здравоохранение. Способы, с помощью которых системы здравоохранения строятся, управляются и финансируются, влияют на

жизнь и средства к существованию людей. Различия между эффективно функционирующей и слабой системой здравоохранения могут быть измерены с точки зрения показателей смертности, инвалидности, обнищания, унижения и отчаяния.

4. Когда я стала Генеральным директором в 1998 г., одной из моих главных забот было обеспечение такого положения, при котором развитие систем здравоохранения во все большей степени занимало бы центральное место в работе ВОЗ. Я также считала, что, хотя наша работа в этой области и должна соответствовать ценностям достижения здоровья для всех, наши рекомендации должны быть основаны скорее на фактических данных, чем на идеологии. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.*, является результатом этой озабоченности; я надеюсь, что он станет заметной публикацией в области развития систем здравоохранения.

5. Повышение эффективности систем здравоохранения во всем мире является основным содержанием этого доклада. Наша задача состоит в том, чтобы лучше понять факторы, определяющие изменения. Эта задача не является легкой. Мы обсудили вопрос о том, как должна быть определена система здравоохранения, чтобы распространить нашу обеспокоенность за пределы оказания общественных и индивидуальных услуг здравоохранения на другие ключевые области общественной политики, оказывающие влияние на здоровье человека. В докладе предлагается, что в рамки систем здравоохранения должны входить все действия, главная цель которых заключается в улучшении здоровья.

6. Доклад прокладывает новый путь в этом направлении, помогая нам понять цели систем здравоохранения. Безусловно, определяющей целью этих систем является улучшение и охрана здоровья, - однако они имеют и другие внутренне присущие им цели, которые связаны со справедливостью в отношении оплаты людьми медико-санитарной помощи, а также с тем, как системы отвечают на ожидания людей в отношении того, какое лечение они получают. В тех случаях, когда речь идет о здоровье и ответных действиях, достижения высокого среднего уровня совершенно недостаточно: цели системы здравоохранения должны также включать уменьшение неравенства в способах, с помощью которых можно улучшить ситуацию тех, которые находятся в наихудшем положении. В докладе эффективность систем здравоохранения измеряется по отношению к достижению этих целей.

7. Для того чтобы политики могли воздействовать на показатели эффективности, им необходимо четко понимать основные функции, которые должны выполнять системы здравоохранения. В докладе определяются четыре основные функции: предоставление услуг; обеспечение людских и физических ресурсов, которые делают оказание услуг возможным; сбор и объединение ресурсов, используемых для оплаты за медико-санитарную помощь; и, что наиболее важно, функция руководства – разработка и применение правил ведения дел и обеспечение стратегического направления для всех различных участников.

8. Многие концепции и показатели, используемые в докладе, требуют дальнейшего уточнения и развития. Сегодня расширению наших знаний о системах здравоохранения препятствует слабость сложившихся информационных систем и

недостаточное внимание к исследованиям. Необходимо предпринять серьезные усилия по сбору данных, получению новой информации и проведению необходимого анализа и синтеза для доклада, который также основан на мнениях значительного числа респондентов в ВОЗ и за ее пределами в отношении толкования данных и относительного значения различных целей.

9. Хотя доклад и не может предоставить окончательных ответов на каждый вопрос относительно эффективности систем здравоохранения, он, тем не менее, объединяет наилучшие фактические данные, имеющиеся на сегодняшний день. Он демонстрирует, что, несмотря на сложность темы и ограниченность данных, можно достичь разумного приближения к нынешней ситуации таким образом, который обеспечивает вдохновляющую повестку дня для будущей работы. Я надеюсь, что доклад будет содействовать работе над тем, как оценивать и улучшать системы здравоохранения. Оценка эффективности позволяет политикам, тем кто оказывает медико-санитарную помощь, и населению в целом осознать, какие социальные меры они разработали и приняли для улучшения здоровья. Он побуждает к размышлениям над тем, какие силы формируют эффективность и какие действия могут ее повысить.

10. Для ВОЗ *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.*, является вехой в долгосрочном процессе. Определение эффективности систем здравоохранения в будущем станет регулярной характеристикой каждого доклада с помощью более совершенной и обновленной информации и методов по мере их появления.

11. Несмотря на то, что мы находимся в начальной стадии понимания сложной структуры взаимодействия, можно сделать некоторые важные выводы:

- В конечном счете ответственность за эффективность системы здравоохранения страны лежит на правительстве. Внимательное и ответственное руководство для достижения благополучия населения является самой сутью хорошего правления. Здоровье людей должно всегда быть национальным приоритетом; ответственность правительства за него является непрерывной и постоянной.
- С точки зрения каждого доллара, затраченного на здоровье, многие страны далеко не полностью используют свой потенциал. Результатом является значительное число поддающихся профилактике случаев смерти и болезней, ограниченных инвалидностью. Последствия этой неудачи диспропорционально несут на себе бедные.
- Системы здравоохранения занимаются не только улучшением здоровья людей, но и их защитой от финансовых расходов, связанных с болезнью. Задача, стоящая перед правительствами стран с низкими доходами, состоит в уменьшении регрессивного бремени оплаты наличными за здоровье путем расширения систем предварительной оплаты, которая распределяет финансовый риск и уменьшает спектр катастрофических расходов медико-санитарной помощи.

- В рамках правительств многие министерства здравоохранения сосредоточены на государственном секторе, часто не обращая внимания на частное финансирование и оказание помощи, которые во многих случаях являются гораздо большими. Растущей задачей для правительств является использование энергии частного и добровольного секторов для достижения лучших уровней эффективности систем здравоохранения, преодолевая в то же время недостатки частных рынков.
- Главной заботой руководства, в конечном счете, является контроль за всей системой, избежание неперспективного взгляда, узкого видения или пренебрежения неудачами системы. Доклад предназначен для того, чтобы сделать эту задачу более легкой путем обращения внимания на новые факты.

12. Я надеюсь, что доклад поможет политикам сделать разумный выбор. Если они сделают это, во всех странах станут возможными существенные улучшения, и наибольшую выгоду от этого получают бедные люди.

ОБЗОР

13. Сегодня и каждый день жизнь огромного числа людей зависит от систем здравоохранения. С момента благополучных родов здорового ребенка и до того дня, когда с достоинством мы проявляем заботу о здоровье пожилых людей, системы здравоохранения несут чрезвычайно важную и непрерывную ответственность за здоровье людей на протяжении всей их жизни. Система здравоохранения играет основополагающую роль в здоровом развитии отдельных лиц, семей и общества.

14. Хотя улучшение здоровья, очевидно, является главной целью системы здравоохранения, это не единственная ее цель. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* целиком посвящен системам здравоохранения и выходит далеко за пределы традиционно профессиональных интересов в том, что касается физического и психического благополучия людей, представляя гораздо более развернутую картину. В беспрецедентной степени он уделяет внимание вопросу о роли людей, выступающих в качестве тех, кто предоставляет и потребляет услуги служб здравоохранения, выступает финансистом систем здравоохранения, их работником и как гражданин отвечает за вопросы ответственного руководства, и управляющего. В нем рассматривается также вопрос о том, насколько хорошо и насколько плохо системы решают проблему неравенства, в какой мере они соответствуют ожиданиям людей, в какой степени они с уважением относятся к достоинству, правам, к свободе человека.

15. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* прокладывает новый путь, представляя впервые показатели, характеризующие деятельность национальных систем здравоохранения при достижении общих целей: **улучшения здоровья, соответствия законным ожиданиям населения, при решении вопроса о справедливости финансового вклада.** При этом важно учитывать как уровень, так и само распределение этих целей. Прогресс в достижении этих целей зависит в значительной степени от того, насколько хорошо осуществляющие системы исполняют четыре

основополагающие функции: **предоставление услуг, обеспечение ресурсов, финансирование и руководство.** В докладе каждой из этих функций посвящена отдельная глава, где делаются выводы, а также политические рекомендации в отношении каждой. Доклад делает особый акцент на вопросах руководства, которое оказывает значительное воздействие на другие три функции.

16. До настоящего времени многие из вопросов, которые ставились в отношении деятельности систем здравоохранения, не получали простых или четких ответов – в значительной мере потому, что мы располагали всего лишь несколькими надежными методами для оценки достигнутого. Исходя из ценного опыта предыдущей работы в докладе представлена структура для оценки деятельности систем здравоохранения ВОЗ. Это дает нам целый перечень эффективных новых средств, для того чтобы помочь государствам-членам оценить то, как они работают, понять те факторы, которые этому содействуют, обеспечить улучшение деятельности и за счет этого лучшим образом ответить на запросы и ожидания людей, которым служит система и которых она представляет. Эта структура дает возможность проанализировать и синтезировать огромный объем информации по системам здравоохранения. В суммарном виде она выражена показателем деятельности, с которым связан огромный объем интересной новой работы. Указанный показатель станет обязательным элементом докладов о состоянии здравоохранения в мире в будущем и будет расширяться, улучшаться и обновляться каждый год.

17. Указанная структура представляет собой огромную ценность, поскольку те, кто отвечают за решения, должны знать, почему системы здравоохранения работают определенным образом и что они могут сделать, чтобы улучшить положение дел. Все системы здравоохранения осуществляют определенные функции, обеспечивая или предоставляя личные и другие услуги; готовят необходимые кадровые и физические ресурсы для осуществления этого; собирая и сводя воедино средства для оплаты этих услуг; выступая в качестве главных управляющих ресурсами, властью и теми надеждами, которые возлагаются на них.

18. Сопоставление указанных функций и того, как они осуществляются, дает основу для понимания различий в результатах деятельности на протяжении определенного времени и в отдельных странах. Вне сомнения, многие из постулатов и мер, рассматриваемых в данном докладе, требуют усовершенствования; необходимо иметь большее число и более точные данные в отношении достижения поставленных целей и функций систем здравоохранения. И все же многое можно почерпнуть из той информации, которой мы уже располагаем. В докладе представлены лучшие из имеющихся на сегодня данных. Делая это, мы исходим из стремления развивать национальные и глобальные навыки, обеспечить информацию, которая необходима, для того чтобы располагать надежными данными в отношении уровня и показателей того, как работает система в качестве основы для улучшений.

19. «Улучшение деятельности» – вот ключевые слова и *raison d'être* данного доклада. Главная миссия ВОЗ состоит в достижении всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья с особым акцентом на ликвидацию «разрывов» как внутри стран, так и между ними. Возможность Организации осуществить эту миссию в значительной

степени зависит от эффективности систем здравоохранения государств-членов, и потому укрепление этих систем является одним из четырех стратегических направлений деятельности ВОЗ, которая взаимосвязана с другими тремя: сокращение излишней смертности среди бедных и маргинализированных групп населения; эффективное решение проблем, связанных с основными факторами риска; выделение здравоохранению центрального места в более «широкой» повестке дня по вопросам развития.

20. Борьба с эпидемиями болезней, стремление сократить детскую смертность и содействие безопасной беременности – вот приоритеты ВОЗ. Однако Организация сможет оказать лишь незначительное воздействие на этих и других «противников», если не будет принимать всех необходимых мер для укрепления систем здравоохранения, с помощью которых все средства жизнеобеспечения и улучшения жизни выходят «на передовую».

21. В настоящем докладе утверждается, что различная степень эффективности, которой системы здравоохранения обеспечивают свою организацию и финансирование, а также реагируют на потребности населения, в значительной мере объясняют тот растущий разрыв в показателях смертности между богатыми и бедными в странах и между странами во всем мире. Даже в странах с аналогичным уровнем дохода результаты медико-санитарных вмешательств остаются различными. Короче говоря, таким образом системы здравоохранения – а также 35 миллионов людей, которые работают в них во всем мире, – выполняют свои обязанности. Именно это обеспечивает значительные различия в качестве и результатах, обеспечивая увеличение продолжительности жизни и саму жизнь миллиардов людей, которым они служат.

Как возникли системы здравоохранения

22. Представляемый в настоящем докладе обзор эволюции современных систем здравоохранения и различных этапов реформ не оставляет сомнений в том, что в целом они уже обеспечили огромный вклад в улучшение здоровья для большинства населения в мире на протяжении двадцатого столетия. Сегодня системы здравоохранения во всех странах – как богатых, так и бедных – играют более значительную и влиятельную роль в жизни людей, чем когда-либо ранее. Определенного вида системы здравоохранения существуют с того момента, как люди сделали попытку защитить свое здоровье и лечить болезни. Традиционная практика, зачастую взаимосвязанная с духовным наставничеством и предоставляющая как профилактические, так и лечебные виды помощи, существует вот уже много тысяч лет и сегодня порой сосуществует вместе с современной медициной.

23. Однако 100 лет тому назад организованные системы здравоохранения, в современном понимании этого термина, почти не существовали. За редким исключением, люди почти не обращались в больницы. Большинство из них было рождено в больших семьях, и во младенчестве и детстве им угрожал целый ряд потенциально смертельных заболеваний – корь, оспа, малярия и полиомиелит. Показатели младенческой и детской смертности были очень высоки, так же как и показатели материнской смертности. Предполагаемая продолжительность жизни была

короткой – даже пятьдесят лет тому назад она при рождении составляла всего лишь 48 лет. Роды обычно происходили дома, и очень редко на них присутствовал врач.

24. В качестве очень короткой иллюстрации современной роли, которую играют системы здравоохранения, в данном докладе речь пойдет всего лишь об одних, но особых родах. В прошлом году эксперты Организации Объединенных Наций подсчитали, что 13 октября 1999 г. население мира достигнет шести миллиардов. В этот день в роддоме в Сараево родился мальчик, который стал шестимиллиардным жителем планеты. Ребенок появился в этом мире в тот момент, когда ожидаемая продолжительность жизни в Боснии в среднем составляет 73 года. Он родился в большом городском стационаре, который укомплектован опытными акушерками, медицинскими сестрами, врачами, техническим персоналом. В их распоряжении были высокие технологии, лекарственные средства и препараты. Сама больница представляет собой лишь часть сложной системы здравоохранения, которая есть одно из звеньев широкой сети работников и мероприятий, которые так или иначе связаны с измерением, поддержанием и улучшением здоровья этого ребенка на протяжении всей его жизни, так же как и всего населения. Все вместе эти заинтересованные участники, независимо от того, предоставляют ли они какие-либо услуги, финансируют их или руководят ими, составляют саму систему здравоохранения.

25. В настоящем докладе системы здравоохранения определяются как включающие в себя все организации, учреждения и ресурсы, которые направлены на оказание медико-санитарных услуг. Медико-санитарной услугой является любое действие, будь то личная забота о здоровье, медико-санитарная помощь или межсекторальная инициатива, главная задача которой состоит в улучшении здоровья.

26. На протяжении последних 100 лет системы здравоохранения прошли через целые поколения реформ, включая создание национальных систем здравоохранения и расширение систем социального страхования. Позднее наступило время пропаганды первичной медико-санитарной помощи в качестве магистрального направления для обеспечения всеобщего охвата и цели «здоровье для всех». Несмотря на многие положительные качества, основная критика этого направления сводилась к тому, что оно уделяет слишком мало внимания **спросу** на медико-санитарную помощь, концентрируясь вместо этого почти исключительно на собственном понимании **потребностей**. Системы давали сбой, когда эти две концепции не соответствовали одна другой, потому что перечень предлагаемых услуг не мог соответствовать тому и другому.

27. В последнее десятилетие произошел постепенный сдвиг в направлении того, что ВОЗ сегодня определяет как «новый универсализм». Вместо возможных видов помощи для всех или лишь самых простых основополагающих видов услуг для бедняков это означает обеспечение всех высококачественной основной помощью, определяемой с помощью критериев эффективности, приемлемости с экономической и социальной точки зрения. Это означает также конкретный выбор приоритетов среди видов медико-санитарного вмешательства с соблюдением этического принципа о том, что, может быть, необходимо и экономически эффективно обеспечивать «набор» определенных услуг, не допуская при этом исключения целых групп населения. Указанное смещение

акцента объясняется частично глубокими политическими и экономическими изменениями на протяжении приблизительно последних 20 лет, включая переход от центрального планирования к экономике с рыночной ориентацией, уменьшением степени вмешательства со стороны государства в национальную экономику, меньшей степенью правительственного контроля и большей децентрализацией.

28. Идеологически это означает больший акцент на индивидуальный выбор и индивидуальную ответственность. Политически это означает сокращение числа обещаний и надежд в отношении того, что надлежит делать правительству. Вместе с тем население ожидает от систем здравоохранения гораздо больше, чем ранее. Практически каждый день появляются новые виды лекарств и курсов лечения или заявляется об успехах медицинской науки и технологий здравоохранения. Темпы этого прогресса могут быть сравнимы лишь со степенью роста спроса со стороны населения и тех преимуществ, которые этим обеспечиваются. Результатом всего этого становится увеличение спроса и давление на системы здравоохранения – как в общественном, так и в частном секторах, - во всех странах, богатых или бедных. Вне сомнения, что существуют определенные пределы в отношении того, что правительства могут финансировать и какие услуги они могут оказать. Настоящий доклад ставит своей целью стимулирование общественной политики, которая признает указанные пределы с учетом признания того факта, что если услуги предоставляются всем, то тогда не все услуги могут быть обеспечены.

Возможности для улучшения

29. В рамках любой системы существует очень много опытных, преданных людей, работающих на всех уровнях, с тем чтобы улучшить уровень здоровья населения. С началом нового столетия системы здравоохранения располагают необходимыми возможностями и потенциалом для обеспечения невиданных улучшений. К сожалению, системы здравоохранения могут и неверно использовать имеющиеся у них возможности и «безрассудно тратить» свой потенциал. При неудовлетворительной структуризации, плохом руководстве, неэффективной организации и недостаточном финансировании системы здравоохранения могут принести больше вреда, чем пользы.

30. Настоящий доклад указывает на то, что многие страны не достигают того, что возможно с учетом их потенциала, и что большинство усилий с точки зрения ответных мер и справедливости в финансовом отношении являются неадекватными. Практически во всех странах имеются серьезные недостатки в осуществлении одной или нескольких функций.

31. Эти просчеты приводят к очень высоким показателям смертности, которую можно было бы предотвратить, и инвалидности в каждой стране; ненужным страданиям; к несправедливости, неравенству и отрицанию основных прав отдельного человека. Воздействие всего этого сказывается больше всего на бедных людях, которые становятся еще более бедными, поскольку не имеют финансовой защиты против нездоровья. Пытаясь оплатить медико-санитарные услуги из собственного кармана, они иногда лишь «перекачивают» эти средства в чужие карманы.

32. Главная ответственность за работу системы здравоохранения в стране принадлежит правительству, которое, в свою очередь, обязано привлекать все сектора общества к решению управленческих вопросов. Продуманная, с полным чувством ответственности, забота о благополучии населения – это то, что составляет основу хорошего руководства, – и есть главная «составляющая» хорошего правительства. Для каждой страны это означает создание наилучшей и наиболее справедливой из всех возможных систем здравоохранения. Здоровье людей – это всегда национальный приоритет, и ответственность, которую несет правительство, является непрерываемой и постоянной. С учетом этого министерства здравоохранения обязаны взять значительную часть руководящих функций на себя.

33. Политика здравоохранения и стратегии должны также охватывать частные виды помощи и частное финансирование, равно как и государственное финансирование и связанные с этим мероприятия. Только таким образом смогут системы здравоохранения в целом обеспечить ориентацию на достижение целей, которые соответствуют общественным интересам. Руководство включает задачу определения целей и направления политики, оказывая воздействие с помощью мер регуляторного и пропагандистского характера и обеспечивая сбор и использование информации. На международном уровне руководство означает мобилизацию коллективных усилий стран для обеспечения общественного блага, например на основе научных исследований, содействуя общему «видению» полноценного развития как внутри стран, так и между странами. Это означает также обеспечение базы фактических данных, которая содействует усилиям стран по улучшению деятельности их систем здравоохранения.

34. В настоящем докладе говорится также о том, что в ряде стран не было сделано каких-либо заявлений в отношении политики в сфере здравоохранения на протяжении последних десяти лет; в других странах эта политика находит свое выражение в документах, которые пылятся на полках и не трансформируются в какие-либо действия. Слишком часто политика здравоохранения и стратегическое планирование предполагали нереалистичное расширение сферы общественно финансируемого здравоохранения, системы помощи, что порой выходило за рамки национального экономического роста. Это в конечном итоге приводило к тому, что документ такого рода по вопросам политики и планирования рассматривался как нереальный и игнорировался.

35. Структура политики должна признавать все три названные цели системы здравоохранения и определять стратегии для достижения каждой. Далеко не все страны располагают четко сформулированной политикой в отношении «благ» и справедливого подхода в системе здравоохранения. Общественные заявления в отношении «взвешенности» результатов лечения, ответных мер системы и справедливости в вопросах финансирования еще только предстоит сделать во многих странах. Политика должна решать вопросы методологии, с помощью которых можно обеспечить улучшение основных функций системы.

36. В докладе делается вывод о том, что в составе правительств многие министерства здравоохранения оказываются близорукими, сосредоточивая свое внимание на

общественном секторе и часто игнорируя предоставляемую - нередко в большем объеме - медико-санитарную помощь частного сектора. В худшем случае правительства могут с закрытыми глазами смотреть на “черный рынок” в здравоохранении, где годами процветают коррупция, взяточничество, “незаконное совместительство” и другая нелегальная практика, с которой трудно успешно справиться. Их видение простирается недостаточно далеко для построения более здорового будущего. Кроме того, некоторые министерства здравоохранения склонны и вовсе терять из виду свою самую важную цель: население в целом. Случается, что пациенты и потребители услуг попадают в их поле зрения лишь в тех случаях, когда растущая общественная неудовлетворенность заставляет их обращать на себя внимание министерства.

37. Многие министерства здравоохранения закрывают глаза на несоблюдение регламентов, которые они сами же и создали или должны выполнять в государственных интересах. Правила, за соблюдением которых следят не всегда, хочется нарушить. Широко известным примером является попустительство взиманию государственными служащими незаконных гонораров с пациентов и прикармливание выроченных сумм, практика, для названия которой используется эвфемизм “неофициальная оплата”. Такая коррупционная система не позволяет бедным людям пользоваться необходимыми им службами медицинской помощи, при этом финансирование здравоохранения становится еще более несправедливым и происходит искажение приоритетов.

Улучшение качества предоставляемых услуг

38. Слишком большое число правительств знает слишком мало о том, что происходит в сфере медицинского обслуживания населения. Во многих странах ряд врачей, если не большинство, совмещают государственную и частную практику. Когда государственные медицинские работники незаконно используют помещения государственных учреждений для предоставления медицинского обслуживания частным пациентам, в конечном итоге получается так, что государственный сектор субсидирует неофициальную частную практику. Медицинские работники осведомлены о существующих в отношении медицинской практики законах, однако они знают, что за их исполнением имеется слабый контроль или его не существует вовсе. Профессиональные ассоциации, которые формально несут ответственность за соблюдением этих законов, слишком часто работают неэффективно.

39. Вопрос надзора за деятельностью представителей частного сектора, участвующих в предоставлении медицинских услуг, а также частных страховых компаний, и регламентации их деятельности должен стоять среди первоочередных в повестке дня национальной политики стран. В то же время, важно разработать такие стимулы, которые вызовут заинтересованность в надлежащем выполнении работы. Хорошая политика должна проводить грань между теми, кто, осуществляя медицинское обслуживание (будь то государственное или частное), способствуют достижению целей здравоохранения и теми, кто действует не во благо, и соответствующим образом поощрять или наказывать. Следует тщательно следить за разработкой руководящих принципов с целью изменения соотношения между независимостью лиц,

осуществляющих медицинское обслуживание, и их подотчетностью в отношении результативности их работы в отношении здоровья, готовности к совершенствованию своей работы и распределения финансового бремени.

40. Когда выявляются конкретные случаи опасных практик и процедур, министерство здравоохранения обязано бороться с ними, используя общественную информационную систему и законодательные меры. Продажа фармацевтической продукции распространителями, не получившими лицензию, и, к примеру, опасность чрезмерного назначения антибиотиков или несоблюдения рекомендуемых доз, должны становиться объектами для общественного внимания, при этом необходима активная поддержка в виде информационных кампаний, направленных на пациентов, сомнительного характера работников, предоставляющих медицинскую помощь, и местные органы здравоохранения.

41. В противоположность тому, как принято обычно считать, доля финансирования частного здравоохранения превалирует в тех странах, где уровни доходов ниже. Однако более бедные страны редко имеют четко сформулированные руководящие принципы в отношении частного сектора. Поэтому им предстоит предпринять важные шаги в направлении признания и общения с различными группами лиц, предоставляющими частную медицинскую помощь, с тем чтобы иметь возможность оказывать на них влияние и регулировать их деятельность. Частный сектор располагает возможностями для того, чтобы играть позитивную роль в улучшении функционирования системы здравоохранения. Но для того, чтобы это произошло, правительства должны осуществлять основную функцию государства по управлению. Надлежащие стимулы и адекватная информация являются двумя мощными инструментами по улучшению деятельности.

42. Для достижения более высокого качества медицинского обслуживания обычно требуется большая и лучшего качества информация по существующей системе оказания медицинской помощи, по предлагаемым мероприятиям и по основным препятствиям на пути предоставления надлежащего обслуживания. Следует придти к пониманию местных и национальных факторов риска. Информация по количеству и видам служб, предоставляющих медицинскую помощь, является основным - и часто не в полной мере выполняемым - требованием. Понимание рыночного характера структур, оказывающих медицинскую помощь, и того, каким образом она предоставляется, также необходимо, с тем, чтобы лица, участвующие в формировании политики, были осведомлены о причинах существования такого разнообразия видов предоставления медицинской помощи и о тенденциях его развития.

43. Необходим открытый общественный процесс установления приоритетов с целью определения содержания "пакета" тех благ, которые должны быть доступны для всех, и которые должны отражать приоритеты в отношении заболеваемости, существующей на местном уровне, и также следует учитывать, в числе прочих критериев экономическую эффективность. Следует обновить и использовать такие вспомогательные механизмы, как клинические протоколы, регистрация, обучение, процессы лицензирования и аккредитации. Существует необходимость создания регулирующей стратегии, которая

выявляет различные компоненты частного сектора и предусматривает усиление саморегуляции.

44. Потребителей следует лучше информировать о том, что хорошо и что плохо для их здоровья, о том, почему не все их ожидания могут быть удовлетворены, а также о своих правах, которые должны уважаться всеми работниками, осуществляющими медицинское обслуживание. Приведение организационных структур и стимулов в соответствие с общими задачами политики является целью, которая стоит перед руководством, а не только перед теми, кто предоставляет медицинскую помощь.

45. Для оценки изменений в стереотипах поведения, связанных с децентрализацией власти над средствами и медицинскими службами, а также влияния различных видов контрактных отношений с государственными и частными службами, предоставляющими медицинскую помощь, необходимо осуществление мониторинга. Поиск равновесия между жестким контролем и независимостью, необходимой для мотивации деятельности лиц, предоставляющих медицинские услуги, является сложной задачей, которую следует решать на местном уровне. В большинстве ситуаций потребуются экспериментирование и адаптация. Для создания “реальной сети” из огромного количества существующих на полунезависимой основе лиц, предоставляющих медицинские услуги, потребуются использование вспомогательного процесса обмена информацией.

Поиск лучшего соответствия

46. По данным доклада, во многих странах существует серьезный дисбаланс в отношении кадровых и физических ресурсов, технологии и фармацевтических препаратов. Во многих странах слишком мало квалифицированного медицинского персонала, в других его слишком много. Во многих бедных странах медицинские работники имеют недостаточную подготовку, оплату труда и работают в не соответствующих требованиям сегодняшнего дня условиях с хронической нехваткой оборудования. Одним из результатов такого положения является “утечка мозгов” талантливых, но деморализованных профессиональных работников, которые либо уезжают за границу, либо начинают заниматься частной практикой. И в этом случае также больше всего страдают бедные.

47. В целом правительства в недостаточной степени информированы относительно финансовых расчетов и подготовки кадровых и материальных ресурсов. Для исправления этой ситуации следует рассчитывать и использовать национальные счета здравоохранения на более широкой основе. Они предоставляют важную информацию, необходимую для отслеживания отношения капиталовложений к текущим расходам или любые инвестиции к целому и последующего наблюдения за тенденциями изменений. Счета отражают как инвестиции извне, так и внутри страны, а также общественные и частные вложения, и в них собраны полезные количественные данные по физическим единицам - такие как количество медицинских сестер, медицинского оборудования, районных больниц - и их стоимость. В той или иной форме такие счета существуют в большинстве стран. Но часто они находятся в рудиментарной форме и все еще в недостаточной степени используются в качестве инструментов процесса

управления. Данные из счетов позволяют министерству здравоохранения критически проанализировать оплаты, произведенные всеми держателями средств в системе здравоохранения.

48. Концепция стратегических “закупок”, которая обсуждается в докладе, относится не только к оплате медико-санитарных услуг, но также и к вкладам в систему общественного здравоохранения. В тех случаях, когда такие вклады, как подготовленный медицинский персонал, диагностическое оборудование и транспортные средства оплачиваются из общественных средств, министерство здравоохранения обязано обеспечить получение эквивалента затраченных средств - не только в отношении приемлемости цен, но также и в отношении эффективного использования закупленных единиц.

49. В тех случаях, когда компоненты системы здравоохранения оплачиваются другими учреждениями (такими, как частные страховые компании, службы, предоставляющие медицинскую помощь, домовладения или другие общественные организации) управленческая роль министерства состоит в использовании своего влияния в качестве регулирующего ведомства и способности к убеждению для обеспечения положительной результативности затраченных средств. Функцией центрального министерства может являться принятие основных решений по капитальным вложениям, например, в отношении стационаров третичного уровня или медицинских школ. Однако региональные и районные органы здравоохранения должны получить полномочия по принятию решений более широкого спектра в сфере осуществления менее крупномасштабных оплат, на основании указаний, критериев и процедур, предлагаемых центральным правительством.

50. Для обеспечения здорового равновесия между капитальными и текущими расходами в системе общественного здравоохранения необходимо проведение анализа тенденций как общественных, так и частных вложений средств, с учетом как отечественных, так и иностранных инвестиций. Четкая политическая структура, стимулы, регламентация и общественная информация должны быть направлены на принятие важных решений в отношении капитальных расходов средств по всей системе в качестве противодействия произвольным решениям и политическому влиянию.

51. Что касается кадровых ресурсов, то можно сказать, что аналогичные сочетания стратегии продемонстрировали некоторый успех в решении проблем географического дисбаланса в странах. В общем, необходимо пересмотреть потребности в содержательной части обучения в соответствии с непосредственным содержанием работы сотрудников, и также необходимо привести общее число штата медицинских сотрудников в соответствие с реальными потребностями.

52. В некоторых странах, где социальная отдача от медицинской подготовки носит отрицательный характер, рассматривается вопрос о приватизации или закрытии образовательных учреждений. Безусловно, во многих случаях государственные субсидии образовательным учреждениям должны быть пересмотрены в свете стратегических оплат. Часто существует возможность изменения баланса исходных

существующих уровней различных образовательных учреждений, без их закрытия, при этом высвобождаются средства, которые могут быть направлены на переобучение более “редким” навыкам тех медицинских работников, которые составляют “излишек” рабочей силы.

53. Крупные закупки оборудования могут легко оказаться пустой тратой средств со стороны системы здравоохранения в тех случаях, когда оно используется в недостаточной степени, или в незначительной мере способствует улучшению здоровья и отнимает время персонала, истощает бюджет. Такие закупки также трудно контролировать. Всем странам необходимо иметь доступ к информации по оценке технологий, хотя им не обязательно следует самим их разрабатывать. Выполнение управленческой функции заключается в обеспечении соблюдения критериев закупки техники в общественном секторе (что необходимо всем странам), и не получения частным сектором поощрений или общественных субсидий для закупок технологий, если эти закупки не соответствуют целям национальной политики.

54. Лица, предоставляющие медицинскую помощь, часто прибегают к мобилизации общественной поддержки или подписок на закупку техники, и в задачи управления входит обеспечение понимания потребителями причин, по которым к закупкам оборудования следует подходить с разумным ограничением, как и в случае с другими услугами. Выявление возможной стоимости дополнительного оборудования в сравнении с другими необходимыми услугами может оказаться полезным в этой ситуации.

Защита бедных

55. В самых бедных странах мира большинство населения, в особенности наиболее малоимущая его часть, вынуждена платить за медицинское обслуживание из своего собственного кармана, в то самое время, когда они больны и больше всего нуждаются в медицинской помощи. Они с наименьшей степенью вероятности пользуются привилегиями систем предоплаты по месту работы и имеют меньший доступ по сравнению с более состоятельными группами населения к услугам с частичной компенсацией своих расходов по их оплате. В настоящем докладе представлены убедительные свидетельства того, что предоплата является наилучшей формой сбора средств, тогда как оплата медицинского обслуживания из собственного кармана приводит к менее оптимальным результатам. Во многих системах здравоохранения существуют свидетельства того, что предоплата, осуществляемая в рамках системы страхования, приводит к большей финансовой справедливости. Главной задачей в сборе средств является расширение системы предоплаты, либо за счет общественного финансирования, либо обязательного страхования. Сбор средств в максимально возможных размерах является чрезвычайно важной задачей для распределения финансового риска в системе медико-санитарного обслуживания, таким образом снижая индивидуальный риск и возможность обнищания в связи с расходами, направленными на поддержание здоровья.

56. Системы страхования предусматривают объединение средств от отдельных вкладчиков или источников, с тем чтобы объединить и разделить риск в масштабах

всего населения. Достижение большей справедливости в финансировании возможно лишь посредством объединения риска - то есть те, кто здоровы, субсидируют медицинское обслуживание тех, кто болен, и те, кто богат, оплачивают медицинское обслуживание тех, кто беден. Следует разработать стратегии по расширению системы объединения риска таким образом, чтобы добиться успеха в выплате подобных субсидий.

57. Повышение уровня общественного финансирования здравоохранения является наиболее очевидным путем увеличения предоплаты. Однако наиболее бедные страны получают меньше общественных средств, в процентном отношении от национального дохода, чем страны со средним и высоким уровнем благосостояния. В тех случаях, когда не создается действенная организационная структура для повышения уровней предоплаты, как доноры, так и правительства должны искать пути создания механизмов для развития или консолидации очень больших систем, которые разделят между собой степень риска. Кроме того, системы страхования, ориентированные на расширение членства среди бедных слоев, явились бы прекрасным средством направления внешней помощи на здравоохранение, в дополнение к правительственным средствам.

58. Во многих странах используются системы страхования по месту работы, которые расширяют круг возможностей для своих привилегированных членов - в основном это касается служащих в государственном секторе экономики, а не более широкого диапазона платящих страховые взносы членов. В странах с низким уровнем дохода можно поощрять различные формы предоплаты - по месту работы, по месту жительства, либо по месту предоставления медицинской помощи - в качестве части подготовительного процесса консолидации небольших страховых объединений в более крупные. Правительства должны способствовать осуществлению справедливых выплат взносов в общинах (т.е. каждый член общины платит одну и ту же сумму взноса), созданию единого набора привилегий и сохранению прав застрахованных при их переходе в другую страховую компанию. Подключение к таким системам бедных должно оплачиваться из общественных средств.

59. В странах со средним уровнем дохода путь к справедливым системам предоплаты заключается в укреплении часто представляющих собой значительные системы обязательного, основанного на величине дохода и риске страхования, опять-таки при обеспечении более высоких уровней общественного финансирования с целью охвата бедных. И хотя в большинстве промышленно развитых стран уже практикуются высокие уровни предоплаты, некоторые из этих стратегий также могут быть к ним применимы.

60. Для того чтобы гарантировать получение наиболее оптимального обслуживания по системе предоплаты, система стратегических оплат должна заменить традиционные существующие механизмы, связывающие распорядителей бюджета с теми, кто предоставляет медицинскую помощь. Распорядители бюджета более не будут выполнять функцию пассивных финансовых посредников. Система стратегических оплат подразумевает предоставление лицам, осуществляющим медицинское обслуживание, наборов разумных поощрительных мер, которые будут стимулировать

их к эффективному осуществлению приоритетных изменений. Для установления мер поощрения стимулирующих большую готовность к осуществлению изменений и достижению результатов в отношении улучшения здоровья необходимо проведение работы выборочно на контрактной основе и использованием нескольких механизмов оплаты.

61. В заключение следует сказать, что в докладе проливается новый свет на механизмы, которые заставляют системы здравоохранения функционировать определенным образом, и предлагаются направления деятельности для достижения поставленных целей. Он будет полезен тем, кто отвечает за решение, в анализе многочисленных сложных вопросов, в рассмотрении существующих вариантов действий, и в осуществлении разумного выбора. И в этом случае для всех стран станет возможным достижение значительных успехов; и в выигрыше от этого окажутся, прежде всего, бедные.

= = =