

## ГЛАВА ПЕРВАЯ

# Почему так важны системы здравоохранения?

*Системы здравоохранения включают всех людей и действия, главная цель которых заключается в том, чтобы улучшить здоровье. Они могут быть интегрированными, иметь централизованное руководство, но зачастую дело обстоит иначе. После столетий своего существования в качестве небольших частных или благотворительных, в большем числе случаев неэффективных, ячеек они быстро увеличились в размерах в этом столетии, по мере того как происходило накопление и использование новых знаний. Они содействовали улучшению здоровья, но их вклад может быть еще более значительным, особенно для бедных. Неумение добиться этого связано в гораздо большей степени с неполадками системного характера, чем техническими ограничениями. С учетом этого требуется незамедлительная переоценка их работы в настоящее время и решение о том, каким образом системы здравоохранения могут обеспечить свое предназначение.*





## I

# ПОЧЕМУ ТАК ВАЖНЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

## МЕНЯЮЩИЙСЯ «ЛАНДШАФТ»

**13** октября 1999 г. в родильном доме в Сараево Хелак Фатима родила сына. Это событие было особенным, поскольку демографы Организации Объединенных Наций подсчитали, что население мира в этот день достигнет шести миллиардов. Судьба преопределила, что мальчик из Сараево стал шестимиллиардным жителем планеты.

Сегодня в мире насчитывается в четыре раза больше людей, чем 100 лет назад, – приблизительно 4000 младенцев рождается ежеминутно каждый день – огромные перемены произошли в странах с того времени, часть из наиболее значительных изменений коснулась также здоровья человека. Например, вряд ли кто-либо из предков Хелак Фатимы в 1899 г. когда-либо видел родильный дом, не говоря уже о том, чтобы родиться в нем.

То же самое относится и к большинству из 1,5 миллиарда людей, которые тогда жили. Во всем мире рождение ребенка происходило дома и очень редко при этом присутствовал врач. Большинство людей полагались при этом на традиционные средства и виды лечения, некоторые из которых насчитывали тысячелетия. Большинство малышей рождалось в больших семьях, и во младенчестве и в детстве им угрожало множество смертельных заболеваний, и среди них корь, оспа, малярия и полиомиелит. Показатели младенческой и детской смертности были очень высоки, так же как и показатели материнской смертности. Предполагаемая продолжительность жизни для взрослых была короткой, даже полвека тому назад она составляла в момент рождения всего 48 лет.

В прошлом году, когда сын Хелак Фатимы вступил в этот мир, предполагаемая продолжительность жизни при рождении в Боснии в среднем достигла 73 лет. Средний показатель в глобальном масштабе составляет сегодня 66 лет. Мальчик родился в большом городском стационаре, в котором работают хорошо подготовленные акушерки, медицинские сестры, врачи и техники, в распоряжении которых имеется современное оборудование, лекарственные средства и препараты. Сам стационар является частью сложной системы здравоохранения. Эта система в свою очередь взаимосвязана с людьми и мерами, которые так или иначе имеют дело с сохранением и улучшением здоровья на протяжении жизни этого мальчика, – в той же мере, как и для всего оставшегося населения. Все вместе эти заинтересованные участники, будь то те, кто предоставляет медико-санитарное обслуживание, финансирует его или определяет политику, составляют систему здравоохранения.

Системы здравоохранения сыграли свою роль в значительном увеличении предполагаемой продолжительности жизни на протяжении двадцатого столетия. Они в значительной мере способствовали достижению лучшего здоровья и воздействовали на жизни и благополучие миллиардов мужчин, женщин и детей во всем мире. Их роль становилась все более значительной.

Между тем, между потенциалом систем здравоохранения и тем, как они в действительности работают, есть огромное несоответствие – слишком различными бывают результаты лечения в странах, которые, как представляется, имеют одинаковые ресурсы и возможности. Почему это так? Системы здравоохранения, казалось бы, мало чем отличаются от других социальных систем в том, что касается спроса и стимулов для того, чтобы работать как можно лучше, и, казалось, можно было бы ожидать, чтобы при известной степени регулирования со стороны государства их деятельность могла бы стать «рыночной», так же как предоставление большинства других товаров и услуг.

Однако здоровье коренным образом отличается от многих других вещей, которые требуются человеку, и это различие своими корнями уходит в биологию. Как было удачно замечено в свое время Jonathan Miller: «Из всех объектов в этом мире тело человека обладает особым статусом: оно не только принадлежит человеку, который им владеет, оно также обладает им и составляет этого человека. Наше тело значительно отличается от всех других вещей, которые мы называем своими. Мы можем потерять деньги, книги, даже дома и все-таки оставаться самими собою, но очень трудно разумным образом представить себе саму идею расчлененного человека. Хотя мы говорим о наших телах как месте нашего обитания, тело представляет собой особую форму обитания: наше тело – это то место, где нас всегда можно найти.» (1) Человек, которому нужна медицинская помощь, есть, конечно, «потребитель», что справедливо по отношению к другим видам продуктов и услуг – и вместе с тем он является как бы «соавтором» собственного здоровья, следуя правильным диетическим привычкам, правилам гигиены, физической нагрузке, выполняя необходимые предписания в том, что касается лекарственных средств или других советов в отношении здоровья. Вместе с тем, «он» или «она» является также физическим объектом, на который направлены такие виды помощи.

Здоровье с учетом этого – характерная черта неотъемлемого блага, и в этом отношении чем-то напоминает другие формы того, что принадлежит человеку, как, например, образование, профессиональные знания или атлетические навыки. И тем не менее, оно отличается от них серьезным образом. Оно подвержено большим и непредсказуемым формам риска, которые во многом зависят одна от другой. Здоровье нельзя накопить, как можно накопить знания или навыки. Этих свойств достаточно, чтобы сделать здоровье совершенно непохожим на другие виды собственности, которые люди могут застраховать от потери или повреждения, и в силу этих причин страхование здоровья является более сложным, чем любой другой вид страховки. Если автомобиль стоит 10 000 долл. в США, его стоимость будет составлять 15 000 долл. США после ремонта в результате несчастного случая, но страхователь заплатит только 10 000. Невозможность заменить человеческое тело и связанное с этим отсутствие рыночной цены для него исключает наличие верхней границы в расходах на здоровье.

Поскольку бедняки «приговорены» к тому, чтобы жить в своем теле так же, как и богатые, им необходима защита от угрозы здоровью в такой же мере, как и богатым. Когда речь идет о других видах собственности, таких как жилые дома, необходимость в такой защите либо не возникает, либо возникает лишь в степени, пропорциональной доходам. Основная биологическая разница между здоровьем и другими видами достояния еще раз указывает на то, чего нельзя оценить на рынке, как, например, моральный ущерб или несовершенная и асимметричная информация, что имеет место в отношении других товаров и услуг. Прямо или косвенно это служит объяснением того, почему рынок не срабатывает так же хорошо в отношении здоровья, как в отношении других товаров, почему существует необходимость в наличии более активной и более сложной роли государства и в целом почему хороший результат не может быть гарантирован.

Физическая целостность и достоинство отдельного лица признаются международным законодательством, и все же мы имеем позорные примеры недостойного использования медицинских знаний и навыков, как, например, при насильственном или неосознанном участии в экспериментах, насильственной

стерилизации или криминальном присвоении органов тела. Системы здравоохранения с учетом этого получают дополнительную обязанность добиваться того, чтобы к людям относились с уважением в соответствии с правами человека.

В данном докладе делается попытка проанализировать роль систем здравоохранения и выступить с предложениями о том, как сделать их более эффективными, и, что наиболее важно, более доступными, соответствующими чаяниям сотен миллионов людей, которые в настоящее время не получают от них полной отдачи. Отсутствие доступа к основным видам медико-санитарной помощи самым тесным образом взаимосвязано с бедностью – самым большим темным пятном в спектре возможностей человека. Несмотря на все достижения и добрые намерения, системы здравоохранения потерпели глобальный крах в попытке сократить разрыв между богатыми и бедными в последние 100 лет. По существу этот разрыв продолжает увеличиваться. Ухудшение состояния зачастую сопровождается экономический прогресс, поскольку те, кто лучше обеспечен, первыми пользуются его плодами. Но есть средство для того, чтобы ускорить доступ бедняков к указанным преимуществам и зачастую при сравнительно низкой стоимости (см. текст в Рамке 1.1). Изыскание новых успешных ориентиров для системы здравоохранения является с учетом этого мощным оружием в борьбе с бедностью, которую обязалась вести ВОЗ. Не только в интересах детей, родившихся в новом столетии, но и в интересах стран необходимы системы, которые защитят их граждан от угроз здоровью и от финансовой угрозы заболевания.

## ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

В сложном современном мире иногда трудно сказать, что представляет собой система здравоохранения, из чего она состоит, где она начинается и где кончается. В настоящем докладе система здравоохранения определяется как включающая *все действия, главная цель которых состоит в укреплении, восстановлении и поддержке здоровья.*

Официальные медико-санитарные службы, включая оказание профессиональных услуг отдельным лицам, на унифицированной основе входят в рамки этого определения. Этими же рамками охватываются действия традиционных лекарей, использование медикаментозных средств, как по выписке медицинского сотрудника, так и без нее. Это включает также помощь больным на дому, где оказывается помощь от 70% до 90% пациентов при всех случаях заболевания (2). Такие традиционные виды медико-санитарного обслуживания, как укрепление здоровья и профилактика болезней и даже другие укрепляющие здоровье действия, такие как улучшение состояния дорог и улучшение состояния окружающей среды, также являются частью системы. За пределами данного определения находятся мероприятия, основная цель которых заключается в обеспечении иных ценностей, помимо здоровья, – например образование – даже в том случае, когда названные мероприятия приносят вторичную пользу для здоровья. С учетом этого система общего образования находится за пределами указанных границ, но медико-санитарное просвещение в них включается. Так же как и действия, предназначенные для того, чтобы улучшать здоровье косвенным образом, воздействуя на работу не связанных со здоровьем систем – например действий с целью увеличения охвата девочек школьным образованием или изменений в учебных планах, с тем чтобы сделать из студентов в будущем лучших профессионалов и потребителей медико-санитарной помощи.

Способ определения системы не предполагает какой-либо степени интеграции, а также что никто по существу не отвечает за все компоненты, которые составляют такое определение. В этом смысле каждая страна имеет систему здравоохранения, независимо от того, сколь фрагментарной ни была бы она среди различных организаций, или от того, насколько бессистемно осуществляется ее деятельность.



### Рамка 1.1 Бедность, нездоровье и вопросы экономической эффективности

Многочисленные глобальные расчеты в отношении бремени заболеваемости не делают различий между богатыми и бедными, но определенные данные могут быть получены за счет распределения стран по доходам на душу населения на основе сводного представления данных о самом низком и самом высоком уровне доходов для определения групп, каждая из которых составляет 20% от населения во всем мире, и изучения того, как распределяются показатели смертности в каждой из групп по возрасту<sup>1</sup>, причине и полу<sup>2</sup>. Эти расчеты показывают, что в 1990 г. 70% всех смертных случаев и полностью 92% всех смертных случаев от инфекционных заболеваний в беднейших квинтилях составляли «излишек» при сопоставлении со смертностью, которая имела бы место при показателях смертности в самом богатом квинтиле. Показатели общих потерь с учетом лет жизни, скорректированных на инвалидность (DALYs), были аналогичными с учетом больших показателей за счет неинфекционных болезней. Наиболее существенные различия между воздействиями инфекционных и неинфекционных заболеваний отражает большее число смертных случаев и DALYs, утерянных

в результате инфекционных болезней, среди бедных в мире: т.е. приблизительно 60% от общего показателя плохого состояния здоровья среди бедных против 8-11% из богатых квинтилей. Эти данные в значительной мере ассоциируются с различиями при возрастном распределении смертности: приблизительно половина всех смертных случаев среди бедняков происходит до 15 лет в сопоставлении лишь с 4% для богатых. Различия между бедными и богатыми являются очень значительными даже в типичных африканских странах с высокими показателями смертности и представляются еще более значительными в типичных латиноамериканских странах с низкими показателями смертности, где смертные случаи в раннем возрасте были почти полностью ликвидированы среди обеспеченных слоев.

Существуют относительно невысокие по стоимости виды вмешательств для борьбы с болезнями, которые составляют значительную часть различий между богатыми и бедными и позволяют бороться со смертельными исходами и потерями здоровья среди детей младшего возраста. Вмешательства, которые обходятся приблизительно в 100 долл. или даже меньше на

каждый случай, определяемый DALY, могли бы решить проблему в отношении 8-9 из 10 ведущих причин нездоровья в возрасте до 5 лет и от 6 до 8 из каждых 10 случаев в возрасте от 5 до 14 лет. Указанные случаи являются или инфекционными заболеваниями или формами недостаточного питания. По прогнозам, смертельные исходы и инвалидность, связанные с этими причинами, должны значительно сократиться к 2020 г., уравнивая таким образом ущерб, наносимый здоровью инфекционными и неинфекционными болезнями, среди бедняков. Если прогнозируемый уровень сокращения заболеваемости инфекционными болезнями удалось бы удвоить, то богатые люди в мире выиграли бы лишь 0,4 года предполагаемой продолжительности жизни, в то время как бедняки в мире получили бы дополнительно 4,1 года, что сократило бы различия между двумя группами от 18,4 до 13,7 лет. В данном случае «ассоциация» между бедностью и экономической эффективностью является лишь частичной и, вероятно, неустойчивой, но в современных эпидемиологических и экономических условиях эта связь является очевидной.

<sup>1</sup> Gwatkin DR. *The current state of knowledge about how well government health services reach the poor: implication for sector-wide approaches*. Washington, DC, The World Bank, 5 February 1998 (discussion draft).

<sup>2</sup> Gwatkin DR., Guillot M. *The burden of disease among the world's poor: current situation, future trends, and implications for policy*. Washington, DC, Human Development Network of the World Bank, 2000.

<sup>3</sup> *World development report 1993 – Investing in health*. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993. Tables B.6 and B.7.

Интеграция и надзор не определяют систему, но могут в значительной степени воздействовать на степень ее эффективности.

К сожалению, практически вся информация в отношении систем здравоохранения относится лишь к предоставлению услуг или инвестированию в службы здравоохранения: т.е. к системе оказания медико-санитарной помощи, включая профилактические, лечебные и паллиативные виды вмешательства, ориентированные как на отдельных лиц, так и группы населения. В большинстве стран перечисленные виды помощи объясняют как показатели трудовой занятости, расходов, так и мероприятий, которые должны включаться в более широкое понятие системы здравоохранения, и потому может сложиться впечатление о том, что при концентрации на более узком определении по соответствующим имеющимся данным теряется не так много. Указанные данные потребовали значительных усилий по своему сбору – и в данном докладе предлагается несколько видов информации и анализа, таких как расчеты продолжительности жизни с коррекцией на годы, прожитые с инвалидностью, оценки того, насколько хорошо системы здравоохранения лечат пациентов, национальные счета здравоохранения и расчеты, связанные с финансовым вкладом отдельных семей.

Вместе с тем, необходимо приложить особые усилия для количественного определения и оценки этих мероприятий с учетом более широкой дефиниции, для того чтобы определить их относительную стоимость и эффективность во вкладе в общие задачи системы. Приведем всего лишь один пример. В Соединенных Штатах между 1966 и 1979 годом проведение ряда мер безопасности при проектировании автомобилей (подсветка ветровых стекол, складывающиеся рулевые колонки,



мягкие прокладки в отделке салона, ремни безопасности, боковые огни, подголовники, топливные системы, не дающие утечки топлива, более крепкие буферы, более жесткое крепление дверей и лучшие тормоза) привели к снижению числа смертных случаев при дорожно-транспортных происшествиях на 40% в расчете на милю. Только три из указанных нововведений добавили более 10 долл. к стоимости автомобиля, и в целом все они составляли всего лишь 2% от средней продажной цены на протяжении 1975-1979 гг. (3). Начиная с 1975 по 1978 год ремни безопасности помогли спасению приблизительно 112 000 жизней в Соединенных Штатах и сократили число смертных случаев при дорожно-транспортных происшествиях. Потенциальный выигрыш для здоровья был еще более значительным. В 1998 г. только 9000 человек погибли потому, что не использовали свои ремни безопасности (4).

В других странах потенциальные возможности для экономии также очень велики. Происходит быстрый рост дорожно-транспортных происшествий в бедных странах, по прогнозам, с девятого они переместятся на третье место в глобальной шкале бремени, связанного с нездоровьем, к 2020 году. Даже в странах со средним уровнем дохода показатели фатального исхода на душу населения или на каждую автодорожную милю значительно выше, чем в Соединенных Штатах (5). В прилегающих к Сахаре районах Африки регистрируется самый высокий показатель фатального исхода из расчета на одно средство передвижения. Затраты на усовершенствование дорожно-транспортных средств могут быть высоки в сравнении с расходами на медико-санитарную помощь в странах с низким и средним уровнем дохода, поэтому результат включения такого рода мер в дефиницию системы здравоохранения может лишь возрасти. Небезопасные дороги также в значительной мере содействуют увеличению числа жертв дорожно-транспортных происшествий в бедных странах. Расходы на улучшение сети автодорог могут быть значительно выше, чем расходы на то, чтобы сделать автотранспорт более безопасным. Однако бихевиоральные изменения, такие как, например, использование ремней безопасности после того, как они установлены, соблюдение ограничений скорости, фактически ничего не стоят и могли бы спасти много жизней; они куда более эффективны, чем лечение жертв автодорожных катастроф.

В тех случаях, когда информация, соответствующая более широкому определению систем здравоохранения, отсутствует, настоящий доклад по необходимости использует имеющиеся данные, соответствующие идее системы медико-санитарной помощи. Даже исходя из этого более ограниченного определения, системы здравоохранения сегодня представляют один из наиболее крупных секторов всемирной экономики. Глобальные расходы на медико-санитарную помощь составили приблизительно 2985 миллиардов (в тысячах миллионов) долл. США в 1997 г. или почти 8% от всемирного внутреннего валового продукта (ВВП). И, как оценивает Международная организация труда, 10 лет тому назад число работников здравоохранения составляло приблизительно 35 миллионов человек, хотя показатели занятости в сфере служб здравоохранения сегодня, вероятно, значительно выше. Эти цифры указывают на то, что то, что в течение тысячелетий рассматривалось в качестве основополагающих частных взаимоотношений, при которых уход за больным осуществлялся либо членом семьи, или соратниками по вере, а в некоторых случаях профессиональным лекарем, оказывавшем помощь ему или ей, — на протяжении последних двух веков превратилось в сложную систему мер, которые включает сегодня в себя система здравоохранения.

Это не просто разрастание системы, создание современных систем здравоохранения предполагает во все большей степени дифференциацию и специализацию умений и навыков. Оно также предполагает значительное смещение акцентов, связанных с экономическим бременем нездоровья. До недавнего времени это бремя выражалось в основном потерей продуктивности, поскольку люди умирали молодыми или потому, что они становились слишком больными, чтобы работать с полной отдачей сил. Стоимость медико-санитарной помощи составляла лишь незначительную часть экономической потери, поскольку такая помощь была

относительно дешевой и в значительной степени неэффективной. Потери производительности труда все еще остаются значительными, особенно в беднейших странах, но успехи, достигнутые в продлении человеческой жизни и сокращении инвалидности, означают, что все большая доля этого бремени ложится на системы здравоохранения. Это включает стоимость лекарственных средств, например по борьбе с диабетом, гипертонией, болезнями сердца, которые позволяют людям сохранять активность и производительность труда. Часть увеличения ресурсов, используемых системами здравоохранения, представляет по сути своей трансфер других средств оплаты за экономический урон, связанный с болезнью и ранней смертью.

Ресурсы, выделяемые системам здравоохранения, распределяются крайне неравномерно и непропорционально распространению самих проблем здравоохранения. Страны с низким и средним уровнем дохода дают лишь 18% глобальных доходов и 11% глобальных расходов на здравоохранение (250 млрд. долл. США или 4% от ВВП в этих странах). Тем не менее, 84% населения мира живут в указанных странах и на их долю приходится 93% общего бремени заболеваемости в мире. Указанные страны сталкиваются со многими сложными проблемами в обеспечении медико-санитарных потребностей своего населения, обеспечивая мобилизацию достаточных финансовых средств равноправным и доступным образом и пытаясь извлечь максимум пользы из скудных ресурсов.

Сегодня в большинстве развитых стран – и во многих странах со средним уровнем дохода – правительства играют центральную роль в вопросах социальной политики и медико-санитарной помощи. Их участие следует полагать оправданным с точки зрения как равенства доступа, так и эффективности. Вместе с тем, в странах с низким уровнем дохода, где общественные средства на все виды расходов являются недостаточными (зачастую менее 20% от ВВП), где учрежденческая структура в общественном секторе является слабой, финансирование и оказание медико-санитарной помощи находится в руках частного сектора. Во многих из указанных стран значительная часть бедняков до сих пор не имеют доступа к основным и эффективным видам медико-санитарной помощи.

## ЧЕМ ЗАНИМАЮТСЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Как для бедных, так и для богатых потребности в сфере здравоохранения весьма отличаются сегодня от того, что представляли они собой 100 и даже 50 лет тому назад. Сегодня приходится иметь дело с возросшими ожиданиями в отношении медико-санитарной помощи и ростом спроса на действия по защите больных и их семей в отношении финансовых последствий нездоровья. Тот замкнутый круг, в котором приходится функционировать системам здравоохранения, сегодня стал еще больше за счет возросшего осознания того воздействия на здоровье, которое оказывает индустриализация, дорожный транспорт, урон, наносимый окружающей среде, и глобализация торговли. Люди сегодня обращаются к системам здравоохранения за помощью в связи с гораздо более широким перечнем проблем, чем раньше, и не только за тем, чтобы их освободили от боли и оказали им помощь в лечении как физических недугов, так и эмоциональных нарушений, но в отношении консультаций по вопросам диеты, воспитания детей и сексуального поведения – сведения, которые они ранее получали из других источников.

Люди обычно вступают в контакт с системой здравоохранения в качестве пациентов, получающих профессиональную помощь, лишь раз или два раза в год. Зачастую такой контакт сводится к получению не требующих рецепта лекарственных средств и с получением связанной со здоровьем информации и консультаций. Они сталкиваются с этой системой в качестве тех, кто оплачивает ее, особенно в тех случаях, когда они покупают какие-то виды медико-санитарных услуг и платят за них из своего кармана или оплачивают страховые премии и делают взносы в системы



социального страхования, не зная о том, идет ли часть уплачиваемых ими налогов на финансирование здравоохранения. Чрезвычайно важно знать, каким образом система оценивает потребности в медико-санитарной помощи этих людей и каким образом она собирает с них средства, включая вопрос о том, какую защиту от финансового риска она предлагает им как потребителям. Очень важно также, как эта система реагирует на их ожидания. Например, люди имеют право надеяться на то, что система здравоохранения отнесется к ним с учетом их личного достоинства. Насколько это возможно, их потребности должны быть незамедлительно обеспечены без длительного ожидания диагностики и лечения – не только в интересах лучшего результата медико-санитарного вмешательства, но также того, чтобы сохранить время этих людей и снизить степень их беспокойства. Пациенты зачастую рассчитывают также на конфиденциальность и участие в том выборе, который касается их здоровья, включая вопрос о том, где и от кого они получают необходимую помощь. Не следует предполагать, что они лишь пассивно ожидают видов помощи, решение о которых принимает лишь тот, кто ее предоставляет.

Короче говоря, системы здравоохранения несут ответственность не только за улучшение здоровья людей, но и за защиту их от финансовых расходов, связанных с болезнью, и сохранение их достоинства при лечении. Как то представлено более подробно в Главе 2, системы здравоохранения с учетом этого отвечают за три главные цели. Ими являются:

- улучшение здоровья населения, которому они служат;
- обеспечение тех надежд, которые возлагает на них население;
- обеспечение финансовой защиты от расходов, связанных с нездоровьем.

Поскольку эти цели не всегда достигаются, широко распространенными становятся неудовлетворенность тем, как работают службы здравоохранения или финансируются, что связано с сообщениями об ошибках, задержках, грубости, недружественном отношении или безразличии со стороны работников здравоохранения, а также с отказами от оказания помощи, или подверженностью колоссальному финансовому риску со стороны страхователей и правительств, что имеет место достаточно часто.

Поскольку забота о лучшем здоровье является одной из наиболее главных целей системы здравоохранения и поскольку состояние здоровья в бедных группах населения бывает обычно хуже, кто-то может предположить, что для стран с низкими уровнями дохода улучшение здоровья – это главное. Результаты не связанных со здоровьем вмешательств со стороны системы, а также в связи со справедливым распределением расходов на здравоохранение, с тем чтобы никто не подвергался слишком большому финансовому риску, учет желаний людей и их ожиданий в отношении того, как с ними должны обращаться, в ряде случаев рассматриваются как излишество, которое обретает смысл только по мере того, как вырастают доходы и здоровье улучшается. Однако такая точка зрения является неверной в силу ряда причин. Бедняки, как указывалось ранее, в такой же степени нуждаются в финансовой защите, как и богатые, и даже более того, поскольку даже маленькая абсолютная угроза может иметь для них катастрофическое последствие. Бедняки в такой же мере могут рассчитывать на уважительное к ним отношение во время лечения, как и богатые, даже если в материальном смысле для них можно сделать меньше. Более того, достижение целей, связанных с получением лечения и финансовой защиты, не наносит в значительной мере урона мероприятиям, призванным улучшить здоровье. Значительное улучшение в системе здравоохранения в отношении указанных обязанностей может быть достигнуто при минимальных затратах или без затрат. Таким образом, все три цели имеют значение в каждой стране, независимо от того, насколько богата или бедна эта страна, или от того, как организована ее система здравоохранения. Наилучшие способы достижения указанных целей, которые рассматриваются в последующих трех главах, в равной мере важны для всех стран и систем здравоохранения, хотя особое значение для политики

будет различным в зависимости от уровня доходов, а также культурных и организационных параметров системы.

## В ЧЕМ СОСТОИТ ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вклад, который вносят системы здравоохранения в улучшение здоровья, рассматривался более подробно, чем вопрос о том, в какой мере они достигают двух других целей, упомянутых выше, в отношении которых мы располагаем меньшим объемом сравнительных данных и анализа. Настоящий доклад с учетом этого указывает на меры, которые необходимы для достижения всех трех целей, а также для оценки того, как работают системы здравоохранения. Сложно сделать определенные заключения даже в отношении того, каков вклад систем здравоохранения в улучшение здоровья, поскольку использование различных видов фактических данных зачастую дает противоречивые результаты. На уровне вмешательств в отношении отдельных заболеваний или состояний сегодня имеются значительные данные, что серьезное улучшение здоровья может быть достигнуто при разумных затратах как в отношении отдельных лиц, так и больших групп населения (6). Такие данные служат основой для выводов о том, что в бедных странах в 1990 г. можно было бы избежать приблизительно одной трети заболеваний при общих расходах на душу населения, составляющих только 12 долл. США (7).

Даже без учета прогресса в фундаментальных науках изменения в методологии применяемых вмешательств, а также их организации могут обратить вспять эпидемию и драматическим образом сократить расходы на спасение жизней. Так, например, в бразильской части поймы Амазонки больший акцент на раннее выявление и лечение случаев малярии одновременно с интенсификацией усилий по борьбе с комарами остановил эпидемию и сократил расходы на спасение жизни за счет профилактики с 13 000 долл. США приблизительно до 2000 долл. США (8).

С учетом общих достижений в сфере здравоохранения, как указывается на то в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 1999 г.*, использование имеющихся знаний, т.е. прогресса в научных и технических областях, объясняет снижение смертности почти наполовину между 1960 г. и 1990 г. на примере 115 стран с низким и средним уровнями дохода, с отнесением лишь 20% этого на увеличение доходов и менее чем 40% на улучшение образовательного уровня взрослых женщин. Эти расчеты указывают на достижения в разработке и использовании различных вмешательств против значительного числа заболеваний. На первое место здесь выступают программы по борьбе с малярией и иммунизации, а также расширенное использование антибиотиков при лечении респираторных и других инфекционных болезней. Поскольку именно системы здравоохранения разрабатывают и используют указанные типы вмешательства, два вида фактических данных (подробный и агрегированный) указывают на то, что системы здравоохранения не только могут внести, но и вносят огромный вклад в укрепление здоровья.

Исходя из более узкой точки зрения в отношении болезней, для которых сегодня имеются эффективные виды лечения, многочисленные исследования, начатые в 1970-е годы (9,10), последовательно указывают на то, что количество смертельных исходов, поддающихся профилактике, т.е. «смертельные случаи, связанные с заболеваниями, поддающиеся медицинскому лечению», сокращалось значительно быстрее, чем другие виды смертности. Аналогично этому сопоставление коэффициентов смертности между Западной Европой и бывшими коммунистическими странами Восточной Европы относит 24% различий в предполагаемой продолжительности жизни мужчин и 39% аналогичных различий в предполагаемой продолжительности жизни женщин к наличию современной медицинской помощи. Такая помощь не может быть гарантирована лишь наличием медико-санитарных служб (11).

В то же самое время другие данные свидетельствуют о том, что системы здравоохранения значат очень мало или ничего не значат. Это связано с рядом



сопоставлений в отношении отдельных стран, а не со временем. Такие сопоставления указывают на то, что в то время как доход на душу населения в значительной мере связан с состоянием здоровья, равно как и другие факторы, такие как образование женщин, неравенство доходов или культурные характеристики, – существует очень мало независимых взаимосвязей с такими факторами, как врачи или больничные койки (12), общие расходы на здравоохранение (13) и расходы в связи с поддающимися лечению состояниями (14) или с общественными расходами на здравоохранение (15). Неудивительно, что эти взаимоотношения являются очень слабыми в богатых странах, поскольку многие причины смерти и инвалидности находятся под контролем, и существует много различных способов для того, чтобы истратить средства на здравоохранение, что может оказывать самое различное воздействие на состояние здоровья. Расходы на систему здравоохранения по существу, как представляется, оказывают очень малое воздействие даже в бедных странах с высокими показателями младенческой и детской смертности, снижение которой является одним из приоритетов.

Более того, системы здравоохранения совершают дорогие и даже фатальные ошибки слишком часто. Так, в Соединенных Штатах только медицинские ошибки в стационарах приводят, по крайней мере, к 44 000 ненужных летальных исходов в год, к которым добавляется еще 7000 случаев в результате ошибок в назначении или использовании лекарственных средств. Это делает такого рода ошибки куда более угрожающими, чем таких «убийц», как дорожно-транспортные несчастные случаи, рак молочной железы и СПИД (16). Экономическая стоимость таких ошибок составляет, по крайней мере, 17 млрд. долл. США, из которых расходы на здравоохранение и уход составляют более половины. Даже в тех случаях, когда никто не совершает ошибок, пациенты зачастую получают новые инфекции в стационарах, пассивное использование антибиотиков содействует установлению резистентности к ним патогенов, так что часть случаев заболеваний вызывается как бы самими усилиями, направленными на борьбу с ними.

Эти вступающие друг с другом в противоречие виды данных возможно «примирить» двумя способами: во-первых, за счет того, что, хотя системы здравоохранения во многом объясняют улучшение состояния здоровья на протяжении определенного времени, это улучшение является далеко не однородным среди стран в конкретный промежуток времени и даже среди стран с аналогичными уровнями дохода и расходов на здравоохранение; и во-вторых, за счет признания того факта, что ошибки системы уменьшают, но не сводят на нет то добро, которое она делает. Тем не менее, «существует огромный разрыв между имеющимся потенциалом с точки зрения общественных расходов по улучшению состояния здоровья и того, что этим на деле достигается» (15). Это, вне сомнения, является справедливым по отношению к ресурсам и их использованию в целом. Одним из показателей этого разрыва служит то, что многие летальные исходы среди детей в возрасте до 5 лет можно было бы предотвратить, потратив всего 10 долл. или меньше, как о том свидетельствует изучение экономической эффективности особенно ценных видов вмешательства, но вместе с тем средние реальные расходы в бедных странах на каждый предотвращенный случай смерти, как о том свидетельствуют расчеты на основе общих взаимоотношений между расходами и смертностью, составляют 50 000 долл. США или больше. Общая взаимосвязь между детской смертностью и уровнем дохода указывает на то, что в бедной стране, где проживают 2 миллиона человек, общий доход должен увеличиться приблизительно на 1 млн. долл. США, с тем чтобы предупредить один смертельный случай. Это, как представляется, на несколько порядков выше, чем средние расходы на здравоохранение, необходимые для того, чтобы спасти одну жизнь. На душу населения эти показатели предполагают, что в сравнении с увеличением доходов на 0,5 долл. расходы на здравоохранение, составляют лишь 0,025 долл. Различия в доходах могут служить лучшим объяснением различного состояния здоровья в странах, чем различия в расходах на здравоохранение. Но увеличение доходов не является в связи с этим более дешевым или более легким путем для улучшения здоровья.



Обращаясь к более далекому прошлому, историки продолжают спорить о том, в какой мере сокращение показателей смертности в некоторых европейских и латиноамериканских странах в XIX и XX столетия объясняется такими факторами, как улучшение диеты и социально-экономический прогресс, а не индивидуальной медико-санитарной помощью. Однако системы здравоохранения в широком определении включают все безличностные, связанные с населением или видами помощи вмешательства, предоставляемые общественными учреждениями, такими как содействие здоровому образу жизни, опыление инсектицидами, для борьбы с болезнями, передаваемыми переносчиками, кампаниями, направленными на борьбу против табака, и защитой продуктов питания и воды. С учетом этого, если оказываемая отдельным лицам до самого недавнего времени медико-санитарная помощь лишь в малой степени может объяснить улучшение здоровья, то системы здравоохранения в том виде, как они определяются в данном докладе, стали оказывать значительное воздействие более века тому назад, в основном за счет улучшения медико-санитарных условий в городах и личной гигиены. Эти изменения – удаление экскрементов и отходов, охрана водных ресурсов и мытье рук – связаны с лучшим пониманием того, как распространяются болезни, что произошло до того, как стало известно о том, чем они вызываются. Некоторые виды гигиенических привычек насчитывают столетия, хотя коллективные меры в целом являются более недавними по своему происхождению. Увеличение доходов само по себе не содействовало бы улучшению здоровья с учетом условий времени и могло даже привести к его ухудшению с учетом грязи и перенаселенности в городах; аналогичные условия сегодня существуют в городах бедных стран, но сама угроза здоровью лучше контролируется (см. Рамку 1.2).

Итак, системы здравоохранения являются важными и ценными сами по себе, но смогли бы достичь значительно большего при понимании того, как можно улучшить здоровье. Недостатки, которые сегодня препятствуют улучшению положения дел, связаны в первую очередь не с отсутствием знаний, но скорее с неполным

#### Рамка 1.2 Медико-санитарные знания, а не доход определяют историческое различие в состоянии здоровья в городах и сельской местности

В первой половине XIX века ожидаемая продолжительность жизни была значительно меньше в Лондоне и Париже, соответственно, чем в сельских районах Англии и Уэльса или Франции; аналогичные различия существовали между городскими и сельскими районами Швеции в первых десятилетиях XX столетия. Большие города были нездоровыми в силу того, что негигиеничные личные привычки в значительной мере способствовали распространению болезней, с учетом того, что люди проживали в тесноте, и потому отходы и даже экскременты скапливались в городах, привлекая мух и грызунов, загрязняя атмосферный воздух и воду. Степень загрязнения усугублялась также сжиганием мягких пород угля и выбросов различных промышленных предприятий.

Перенаселенность и бедность создают многие из тех же проблем в больших городах бедных стран сегодня, которые характеризуются большими скоплениями загрязненного

воздуха и воды, чем сельские районы в более богатых странах. Выхлопы автомобилей, неизвестные еще столетие тому назад, являются сегодня одной из главных угроз здоровью в таких городах, как Дели и Мехико. Быстрое разрастание таких городов затрудняет обеспечение водопроводной водой, канализацией и не обеспечивает достаточно быстрого удаления отходов. В районах трущоб, даже при наличии безопасного водоснабжения, многие дома не имеют доступа к соответствующим гигиеническим нормам устройствам по уничтожению отходов, и потому эти отходы или выбрасываются, или сжигаются на открытом воздухе. Вместе с тем, угроза здоровью там не столь серьезна, как в европейских городах 150 лет тому назад. С одной стороны, знания о том, как возникают болезни и как они передаются, содействовали усилиям по уменьшению загрязнения и борьбе с переносчиками болезней, просвещению населения, с тем чтобы оно проявляло больше

заботы о своем здоровье. С другой стороны, очень бедные городские обитатели сегодня имеют лучший доступ к эффективной личной медико-санитарной помощи, чем большинство сельского населения, что составляет еще один стимул для миграции в города. Проживающие в трущобах жители Лимы, например, в той же мере готовы проводить иммунизацию своих детей и обеспечить их медицинской помощью в случае заболевания, как и жители более состоятельных городских районов, в сравнении с людьми, которые проживают в горных внутренних районах Перу. Как общественное здравоохранение, так и оказываемая отдельным лицам помощь содействовали изменению различий в состоянии здоровья в городских и сельских районах; лучшее состояние здоровья среди городского населения в большей степени объясняется его просвещенностью, чем более высокими доходами в городах.

<sup>1</sup> Easterlin R.A. *How beneficent is the market? A look at the modern history of mortality*. Los Angeles, University of Southern California, 1998 (unpublished paper).

<sup>2</sup> Musgrove P. Measurement of equity in health. *World Health Statistics Quarterly*, 1986, 39 (4).



использованием того, что нам уже известно: т.е. представляют собой скорее системную, чем техническую погрешность. Это относится также к большинству медицинских ошибок, поскольку «проблема связана не с плохими людьми; проблема состоит в том, что система должна стать более надежной» (16). Каким образом оценивать работу существующей системы и как добиться возможных улучшений в ней – вот тема данного доклада. Научные исследования для расширения знаний являются чрезвычайно важными в долгосрочной перспективе, как показывает опыт двух последних столетий; короче говоря, гораздо большего можно достичь за счет более широкого и лучшего применения существующих знаний. Это может значительно быстрее улучшить здоровье, чем непрерывные и в большей степени равномерно распределяемые социально-экономические блага, без отрицания важности этого явления как такового. В следующих разделах рассматривается вопрос о том, как возникли современные системы здравоохранения и как они неоднократно становились предметом реформ, призванных так и или иначе улучшить их работу.

## КАК ВОЗНИКЛИ СОВРЕМЕННЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Определенные системы здравоохранения существовали с тех самых пор, как люди сделали сознательную попытку обеспечить охрану своего здоровья и лечить болезни. Во всем мире традиционная практика, основанная на лечении травмами, зачастую в сочетании с духовными наставлениями, составляла как профилактический, так и лечебный компоненты помощи, иногда на протяжении тысяч лет и в ряде случаев сосуществует сегодня наряду с современной медициной. Многие виды традиционной практики являются предметом выбора для целого ряда состояний и сегодня, и к ним обращаются потому, что современные медицинские альтернативы либо не поняты, либо к ним относятся с недоверием, а также в силу того, что в ряде случаев они не дали положительных результатов или очень дороги. Методы традиционной китайской медицины уходят вглубь веков более чем на 3000 лет и все еще играют значительную роль в китайской медико-санитарной системе, так же как и их древние эквиваленты на индийском субконтиненте и аналогичные системы практики среди коренных народов Африки и Америки. Но без современных медицинских знаний о заболеваниях лечению поддавались лишь немногие недуги, и профилактика болезней была мало эффективной.

За редким исключением даже в промышленно развитых странах организованные в современном смысле этого слова системы здравоохранения, предназначенные для того, чтобы оказывать помощь населению в целом, практически не существовали еще 100 лет тому назад. Хотя история многих больниц значительно длиннее, чем история систем здравоохранения во многих странах, немногие из людей, проживавших 100 лет тому назад, когда-либо бывали в больнице – положение несколько не изменилось для многих миллионов бедняков сегодня. Со второй половины XIX столетия больницы в большинстве своем находились в ведении благотворительных организаций и зачастую редко представляли собой нечто большее, чем убежище для осиротевших покалеченных людей, людей отчаявшихся или психически нездоровых. В те времена не существовало также современной практики направления на консультацию от одного уровня системы на другие и очень малой была защита от финансовой угрозы, если не считать небольших возможностей, которые предоставлялись благотворительностью или небольшими объединениями взносов среди рабочих одной и той же профессии.

К концу XIX столетия промышленная революция изменила жизнь людей во всем мире. В то же самое время во всех обществах люди пришли к пониманию того бремени, которое налагает смерть, болезнь и инвалидность на работающих членов общества, будь то от инфекционных заболеваний, которые погубили тысячи и тысячи человек во время строительства Панамского канала, или в результате

несчастных случаев на производстве. Как только было установлено, что комары передают малярию и желтую лихорадку, борьба с местами размножения насекомых стала частью усилий по профилактике, что пошло на благо находящимся поблизости общинам. Кроме страданий человека, бремя заболеваемости и смертности привело также к значительной потере продуктивности труда. Пытаясь решить эту проблему, владельцы компаний стали предоставлять медицинскую помощь своим рабочим. По мере того, как все более очевидным становилось значение питьевого водоснабжения и санитарии, предприниматели также стали заботиться об условиях проживания своих рабочих. Определенное воздействие оказали и войны – во время гражданской войны в Америке большее число солдат по обе стороны фронта могло быть убито болезнями, чем их противниками. Тот же вывод был сделан после Крымской и Бурской войн.

В то же самое время здоровье рабочих становится политическим вопросом в некоторых европейских странах, но в силу причин иного рода. Бисмарк, канцлер Германии, в свое время доказывал, что взятие на себя правительством фондов страхования от болезней, принадлежавших до того профсоюзам, лишит профсоюзы всякой поддержки именно в том момент, когда социалистическое рабочее движение набирало силу, и увеличит экономическую безопасность самих рабочих (17). Таким образом, в 1883 г. Германия ввела законодательство, требующее от нанимателя взноса на страхование здоровья рабочих, получающих низкие оклады, для отдельных профессий, к которым добавлялись другие рабочие профессии в последующие годы. Это стало первым примером социальной модели страхования, управляемого государством. Популярность этого законодательства среди рабочих привела к принятию аналогичного законодательства в Бельгии в 1884 г. и Норвегии в 1909 г. До того как Великобритания последовала этому примеру в 1911 г. медико-санитарная помощь для британских рабочих оплачивалась либо за счет их подписки и участия в профсоюзах, или «дружеских» обществах, которые оплачивали труд тех, кто предоставлял такую помощь. Однако только работающий член семьи, но не его семья охватывались таким страхованием.

В конце XIX столетия Россия занялась созданием огромной сети провинциальных медицинских пунктов и стационаров, в которых лечение было бесплатным и которые существовали за счет налогообложения. После большевистской революции в 1917 г. было заявлено, что свободная медицинская помощь будет предоставляться всему населению; возникшая в результате этого система сохранялась на протяжении почти 80 лет. То был один из ранних примеров полностью централизованной и контролируемой государством модели.

Влияние германской модели стало распространяться за пределами Европы после Первой мировой войны. В 1922 г. Япония добавила оплату медико-санитарных услуг к другим льготам, на которые могли рассчитывать рабочие, исходя из традиции управленческого патернализма. В 1924 г. в Чили была также обеспечена помощь всем рабочим, которые могли на это рассчитывать, под эгидой министерства труда. К 1935 г. 90% населения Дании было охвачено системой медицинского страхования. Социальное страхование было введено в Нидерландах в период оккупации страны в период Второй мировой войны.

Одним из самых серьезных последствий Второй мировой войны был нанесенный урон или уничтожение существовавших структур здравоохранения во многих странах и серьезная отсрочка в осуществлении планов, касавшихся здравоохранения. Парадоксально, что она же проложила путь для внедрения некоторых других планов. Национальная служба неотложной помощи Великобритании военных лет для оказания помощи при несчастных случаях предоставила значительное содействие в создании того, что стало в 1948 г. национальной службой здравоохранения, рассматриваемой сегодня в качестве, пожалуй, самой «влиятельной» модели системы здравоохранения. В докладе Beveridge 1942 г. (18) медико-санитарная помощь определяется как одна из трех обязательных позиций для надежной системы социальной безопасности. В правительственном докладе 1944 г. указывается, что политика, в соответствии с которой «каждый человек независимо от средств,



которыми он располагает, возраста, половой принадлежности или профессии должен иметь равные возможности для получения лучших и самых современных видов медицинских и связанных с ними услуг», в нем также разъясняется, что указанные виды помощи должны быть комплексными и бесплатными и обязаны содействовать укреплению здоровья, а также лечению болезней и недугов. Новая Зеландия стала уже в 1938 г. первой страной, в которой была внедрена национальная служба здравоохранения. Почти одновременно с этим, в 1941 г., основания для универсальной системы страхования здоровья были заложены в Коста-Рике. В Мексике Институт социального обеспечения и министерство здравоохранения были основаны в 1943 г. Аналогичная британской модели схема для национальной службы здравоохранения была предложена в Южной Африке в 1944 г. и сочетала в себе бесплатную медицинскую помощь и сеть коммунальных центров, включая также общепрактикующих врачей в качестве части системы консультаций, которая, однако, не была внедрена (19).

Сразу после окончания войны Япония и Советский Союз также обеспечили расширение своих ограниченных национальных систем для охвата всего или почти всего населения, как то было сделано в Норвегии, Швеции, Венгрии, а также некоторых других коммунистических государствах Европы и Чили. Бывшие колонии, получив независимость, также сделали попытки принять современные комплексные системы, основанные на значительной доле участия государства. В Индии были разработаны амбициозные пятилетние планы развития системы здравоохранения, исходившие из доклада Bhog, 1946 г. (20). Факторы, которые сделали этот период периодом создания систем и их расширения, включали осознание той мощи современного государства, послевоенной тенденции примирения, стабильности и реконструкции, а также дух коллективной солидарности в связи с участием в войне. Вновь обретенное чувство гражданства и вера в эффективность и доброе расположение государства, которые могли содействовать развитию во всех областях, создали социальные и политические условия, в которых «классический универсализм», а также концепция свободного доступа ко всем видам медико-санитарной помощи могли пустить корни.

Существующие сегодня системы здравоохранения в различной степени моделируются в соответствии с одной или несколькими схемами, которые возникли и были усовершенствованы начиная с конца XIX столетия. Одна из целей таких систем заключалась в том, чтобы охватить большинство граждан на основе обязательных взносов через работодателя и нанятых им людей в фондах страхования на случай болезни, обеспечивая при этом необходимую помощь на основе частнопрактикующих, так и общественных служб. Самые ранние примеры такой системы социального страхования возникали на основе небольших, изначально добровольных ассоциаций; более поздние варианты возникали иногда как бы *ex nihilo* на основе общественных действий. Другая, сравнительно более недавняя модель обеспечивает централизованное планирование и финансирование, полагаясь, прежде всего, на налогообложение и общественные фонды. Ресурсы по традиции распределялись бюджетами иногда на основе фиксированного соотношения между населением и работниками здравоохранения или службами. В третьей модели участие государства является более ограниченным, но все еще достаточно значительным, обеспечивая иногда охват не только определенных групп населения, но и давая возможность оставшейся части населения получить доступ к службам, финансируемым в основном за счет частных средств. Сравнительно «чистые» примеры этого, в которых одна или другая модель берет на себя ответственность за основную массу ресурсов или предоставление служб, существуют в основном в богатых странах; системы здравоохранения в странах со средним уровнем дохода, и особенно в Латинской Америке, зачастую представляют собой смесь двух или трех типов (21). По вопросу о том, чем один из способов организации службы здравоохранения отличается в лучшую сторону от другого, велось немало дебатов, но что имеет принципиальное значение в отношении общей структуры всей системы, так это то, насколько хорошо она обеспечивает выполнение своих главных функций.

## ТРИ ПОКОЛЕНИЯ РЕФОРМ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На протяжении XX столетия имели место три накладывавшиеся друг на друга поколения реформ систем здравоохранения. Они были инициированы не только неудачами в охране здоровья, но также желанием обеспечить большую эффективность, справедливость и соответствие этих услуг ожиданиям тех народов, которым служили эти системы. Первое поколение стало свидетелем создания национальных систем здравоохранения и распространения на страны со средним уровнем дохода системы социального страхования, что имело место в основном в 1940-е и 1950-е годы в богатых странах и несколько позднее в более бедных. В конце 1960 г. многие из систем, основанных на одно или два десятилетия раньше, оказались в сложном положении. Расходы продолжали расти, особенно в том, что касается объема и интенсивности стационарной помощи, которые увеличивались как в развитых, так и развивающихся странах. Среди систем, которые выступали как номинально универсальные в том, что касается охвата, службы здравоохранения все еще использовались в большей степени более обеспеченными слоями населения, попытки охватить бедняков зачастую были фрагментарными. Слишком много людей по-прежнему зависело от своих собственных средств, в попытке оплатить услуги здравоохранения они зачастую получали весьма неэффективные или плохого качества услуги.

Эти проблемы были совершенно очевидными и становились во все большей степени острыми в бедных странах. Колониальные власти в Африке и Азии и правительства в Латинской Америке создали системы здравоохранения, которые в большинстве своем исключали из участия коренные народы. Так, например, там, где европейская модель медико-санитарной помощи была внедрена в странах Африки, находившихся под управлением Великобритании, она предназначалась в основном для колониальных администраторов и выходцев из метрополии, с отдельными или второго сорта услугами для всех – для африканцев. Благотворительные миссии и программы общественного здравоохранения оказывали какую-то помощь большинству населения, также как и в Европе. В этих бывших колониях и странах с низким уровнем дохода системы здравоохранения никогда не были в состоянии оказать даже самой необходимой медико-санитарной помощи населению в сельских районах. Учреждения здравоохранения и стационары создавались прежде всего в городских районах. В большинстве развивающихся стран основные городские стационары получали приблизительно две трети всего государственного бюджета на здравоохранение, несмотря на то, что они обслуживали от 10 до 20% населения. Исследования, посвященные тому, что на самом деле делалось в этих стационарах, указывают на то, что половина или большая часть средств на больных шла на лечение состояний, требовавших лишь амбулаторной помощи, таких как: диарея, малярия, туберкулез и острые респираторные инфекции (22).

С учетом этого назрела необходимость радикальных перемен, которые позволили бы сделать системы здравоохранения более экономически эффективными, равными и доступными. Второе поколение осуществлявшихся реформ, таким образом, стало свидетелем пропаганды первичной медико-санитарной помощи в качестве средства для достижения доступного для всех охвата. Этот подход отражает тот опыт, который был накоплен по программам борьбы с болезнями в 1940-е годы в таких странах, как Южная Африка, Исламская Республика Иран и бывшая Югославия. Он исходил также из тех достижений и экспериментов, которые проводились в Китае, на Кубе, в Гватемале, Индонезии, Нигерии и Объединенной Республике Танзания, а также в штате Махараштра в Индии (23). Некоторые из указанных стран, а также другие, такие как Коста-Рика и Шри-Ланка, достигли очень хороших результатов лечения при сравнительно небольших затратах, добавив 15-20 лет к предполагаемой продолжительности жизни при рождении, и сделали это на протяжении двух десятилетий. Во всех случаях имело место принятие обязательств для обеспечения минимального уровня для всех служб здравоохранения, а также в отношении питания



и образования при обеспечении безопасной питьевой водой и основных медико-санитарных условий. Это были основные элементы, наряду с акцентом на меры общественного здравоохранения, относящиеся к клинической помощи, профилактике, взаимосвязанной с лечением, основными лекарственными средствами и санитарным просвещением населения общин работниками здравоохранения. Понимая первичную медико-санитарную помощь как стратегию для достижения цели здоровья для всех, на совместной международной конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся в Алма-Ате, СССР, (теперь Алма-Аты, Казахстан) в 1978 г., ВОЗ придала новый импульс своим усилиям обеспечить основную медико-санитарную помощь людям повсеместно.

Термин «первичная» быстро приобрел ряд значений технического характера (со ссылкой на первый контакт в рамках системы здравоохранения, первый уровень помощи или простые виды помощи, которые могли быть оказаны сравнительно мало подготовленными работниками, или вмешательства, воздействующие на первичные причины болезни), а также политические (в зависимости от многосекторального воздействия или участия общества). Множественность толкований и их зачастую противоречивое воздействие на политику помогают понять, почему не существует какой-то одной модели первичной медико-санитарной помощи и почему оказалось достаточно сложным отслеживать положительные примеры стран или государств, которые первыми предоставили данные о том, что значительного улучшения здоровья можно достичь при разумных затратах. Во многих странах были предприняты значительные усилия для того, чтобы обеспечить подготовку и использование коммунальных работников здравоохранения, которые могли бы оказывать основные экономически эффективные виды услуг в обычных сельских условиях группам населения, которые в прошлом имели очень небольшой доступ к современной помощи или совсем его не имели. Так, например, в Индии такие работники были подготовлены и размещены приблизительно на 100 000 постах здравоохранения, которые должны были обслуживать около двух третей всего населения.

Несмотря на эти усилия, многие из таких программ в конечном итоге оказались по крайней мере частично несостоятельными. Финансирование было неадекватным; у сотрудников было мало времени для работы над профилактикой и оказанием помощи на периферии; их подготовка и оборудование, которым они располагали, были недостаточны для решения проблем, с которыми им приходилось иметь дело; и качество помощи зачастую было весьма неудовлетворительным, порой настолько, что его можно было бы характеризовать как «примитивное, а не первичное», особенно в тех случаях, когда первичная помощь ограничивалась бедняками и сводилась лишь к простейшим видам услуг. Системы консультирования, которые являются характерной чертой служб здравоохранения и необходимы для их должного функционирования, не могли при этом действовать должным образом (24). Службы нижнего уровня зачастую были использованы в явно недостаточной мере, и пациенты, которые могли себе это позволить, обычно миновали нижние уровни системы и отправлялись прямо в стационары. Частично в результате этого страны продолжали капиталовложения в сложные, городского типа, центры третичной помощи.

В развитых странах первичная медико-санитарная помощь гораздо лучше интегрировалась в систему целиком, поскольку, возможно, она в высшей степени ассоциировалась в целом с общей и семейной медицинской практикой, а также представителями медицинских профессий низшего уровня, такими как практикующие медицинские сестры или помощники врача. Гораздо больший упор, который делается на практиков такого рода, составляет сегодня самую основу проходящих во многих развитых странах реформ. Контролируемый уход, например, во многом зависит от укрепления первичной медико-санитарной помощи и того, чтобы не назначать ненужного лечения и, особенно, госпитализации.

Тот подход, на который делается особый акцент в первичной медико-санитарной помощи, может критиковаться в силу уделения недостаточного внимания *спросу*

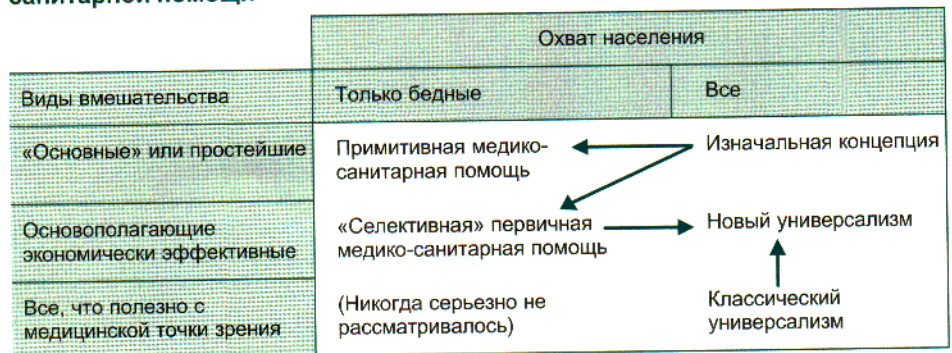
людей на медико-санитарную помощь, который в значительной степени зависит от качества и отзывчивости, сосредоточиваясь вместо этого почти исключительно на их предполагаемых *потребностях*. Системы терпят крах, когда эти две концепции не соответствуют друг другу, потому что в этом случае предложение услуг зачастую не может соответствовать тому и другому. Недостаточное внимание к вопросам спроса находит свое отражение в полном отсутствии какого-либо упоминания частного финансирования и предоставления помощи в Алма-атинской декларации, за исключением того, что само участие общины интерпретируется как включающее небольшое частное финансирование.

Бедность есть одно из объяснений того, почему потребности нельзя выразить в спросе, и эта проблема может быть решена за счет предложения помощи при небольшой ее стоимости не только в денежном выражении, но также с учетом времени и немедицинских расходов. Однако существует много других причин для несоответствия между тем, что людям требуется, и тем, чего они хотят, и обычное предоставление медицинских служб и видов услуг может не решить этой проблемы. В целом как реформы первого, так и реформы второго поколения имели простую ориентировку на «спрос». Забота о «спросе» является более характерной для тех изменений, которые произошли в третьем поколении реформ, которые осуществляются сейчас во многих странах и которые включают такие изменения, как попытку «заставить деньги следовать за пациентом» и отход от принципа обычного выделения бюджета на службы, характер которых, в свою очередь, зачастую определяется предполагаемыми потребностями.

Если организационная основа и качество первичной медико-санитарной помощи зачастую не соответствовали своему потенциалу, многие из технических обоснований по-прежнему остаются надежной основой и постоянно совершенствуются. Эта фаза может быть представлена как постепенная трансформация самой концепции в направлении того, что ВОЗ называет «новым универсализмом» – высококачественное обеспечение основной помощи, определяемое в основном критерием затрат – эффективности для всех, но не как все виды возможной помощи для всего населения или лишь как наиболее простые и основные виды услуг для бедняков (см. Рис. 1.1).

Представление о том, что вмешательства, связанные со здоровьем и питанием, могут очень много значить для здоровья больших групп населения (25) и для получения «хорошего здоровья при низких затратах» (26) за счет исключительной концентрации усилий против болезней, которые как бы создают большое, но поддающееся профилактике бремя нездоровья, являются основой для видов вмешательства, определяемых как «основные» или «основополагающие», или «приоритетные», и которые были разработаны в различных странах на основе

**Рис. 1.1 Охват населения и виды медико-санитарного вмешательства в соответствии с различными представлениями о первичной медико-санитарной помощи**



Адаптировано из Frenk J. *Building on the legacy: primary health care and the new policy directions at WHO*. Address to the American Public Health Association, Chicago, IL, 8 November 1999.



эпидемиологической информации и расчетов, связанных с экономической результативностью вмешательств (27, 28). Обычные неудачи в диагностике и лечении в связи с несоответствующей подготовкой и чрезмерным подразделением мер по борьбе с заболеваниями привели к разработке определенных видов вмешательств и к дополнительной подготовке для обеспечения их, что наиболее заметно при интегрированном ведении детских болезней (29).

Эта эволюция также предполагает особый акцент на общественные или общественно гарантированные и регулируемые финансы, но не обязательно на общественные формы услуг. Она также предполагает четкий выбор приоритетов среди вмешательств с уважением этического принципа, состоящего в том, что может быть необходимо и разумно обеспечить рacionamento услуг, не допуская при этом исключения целых групп населения. Вместе с тем, как представляется, гораздо легче определить набор тех вмешательств, которые окажут помощь прежде всего беднякам, в случае их использования в отношении всего населения, вместо того, чтобы добиваться такого положения, когда именно бедняки воспользуются определенными преимуществами, или такого положения, при котором большинство из тех, кто пользуется такими услугами, являются бедняками. Государственные службы здравоохранения, предназначенные обычно для того, чтобы обеспечивать бедняков, зачастую используются в большей степени людьми богатыми. В 11 странах, в которых распределение преимуществ производилось на основе распределения общественных расходов и степени их использования, беднейшая группа населения никогда не получала своей равной доли (20%), а в семи из указанных стран самая богатая прослойка получала от 29% до 33% от общего объема услуг. Это преимущество для богатых в значительной мере зависит от непропорционального использования стационарных служб состоятельными людьми, которые (за исключением лишь одного примера) получают в целом не менее 26% общих услуг. Что касается распределения первичной медико-санитарной помощи, то она почти всегда предоставляет больше преимуществ беднякам, чем стационарная помощь, что оправдывает особый на нее акцент, с тем чтобы охватить наименее обеспеченных. Но даже в этом случае бедняки пользуются меньшими преимуществами в отношении первичной медико-санитарной помощи, чем богатые (30). Бедняки зачастую получают гораздо больше в смысле оказываемой им амбулаторной помощи, о чем свидетельствует большая часть тех услуг, к которым они прибегают в системе здравоохранения, а также в смысле расходов наличными, и что дает больше возможностей для получения дальнейших преимуществ у частных поставщиков (31) и других видов услуг, которые могут быть в той или иной степени ориентированными на бедняков, чем та помощь, которая предлагается в общественном секторе.

Идеи большего соответствия спросу, обеспечения доступа для бедняков и акцента на финансирование, включая субсидии, а не просто предоставления определенных услуг в общественном секторе, нашли свое выражение во многих из осуществляемых сегодня реформах третьего поколения. Эти усилия также труднее поддаются описанию, чем ранние реформы, поскольку они связаны с гораздо более разнообразными причинами и предполагают большую степень экспериментов в самом подходе. Частично они отражают также серьезные политические и экономические изменения, которые произошли в мире. К концу 1980-х годов переход от коммунистической к рыночной экономике осуществлялся в Китае, Центральной Европе и бывшем Советском Союзе. Тяжеловесные формы государственного вмешательства в экономику дискредитировали себя повсеместно, что привело к приватизации государственных предприятий, продвижению конкуренции на внутреннем и внешнем рынках, сокращению степени государственного регулирования и контроля и, в целом, к большему акценту на рыночных механизмах. Идеологически это означало гораздо больший акцент на индивидуальном выборе и ответственности. Политически это означало ограничение тех обязательств и ожиданий, которые касались того, что могут сделать правительства, особенно на основе налоговых сборов, с учетом большей ориентации на их фактические финансовые и организационные возможности.

Системы здравоохранения также не обладали «иммунитетом» в отношении этих масштабных изменений. Одним следствием этого стало повышение интереса к механизмам страхования, включая финансируемое частным образом страхование. Реформы, включавшие изменения такого рода, произошли в нескольких странах Азии; всеобщая система страхования здоровья в различной степени была внедрена в Корейской Республике, Малайзии, Сингапуре и Китае (провинция Тайвань). Реформы в отношении консолидации, расширения или объединения систем страхования в отношении большей степени риска произошли также в Аргентине, Чили, Колумбии и Мексике, и смесь страхования и оплаты услуг наличными заменила большую часть общественной системы во всех бывших коммунистических странах. В промышленно развитых странах, в которых в принципе имелись системы общего страхования, в отношении медико-санитарной помощи произошли менее драматичные изменения. Однако и здесь серьезные изменения произошли в отношении того, кто определяет характер использования ресурсов, а также в механизмах, с помощью которых производится объединение ресурсов и выплаты «поставщикам». Общепрактикующие врачи и врачи первичной медико-санитарной помощи как профессионалы на переднем крае системы здравоохранения несли порой ответственность «не только за здоровье своих пациентов, но также за более широкий спектр последствий, связанных с ресурсами, в результате любого лечения, назначенного врачом. В некоторых странах эта роль была более формальной за счет выделения бюджетных средств в помощь общепрактикующим врачам и врачам первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой на основе специального фонда по общей практике в Соединенном Королевстве, Организациях по поддержке здоровья в США и в Ассоциации независимых практиков в Новой Зеландии» (32). С учетом этого в Соединенных Штатах произошло смещение акцента в отношении полномочий от тех, кто предоставляет помощь, к тем, кто обеспечивает страхование, поскольку именно эта группа в значительной степени контролирует доступ врачей и пациентов друг к другу.

## АКЦЕНТ НА КАЧЕСТВО

Настоящий доклад не ставит своей целью провести подробный анализ всего разнообразия осуществляемых в настоящее время реформ и предложений и не предлагает модели того, каким образом обеспечить создание или «реконструкцию» системы здравоохранения. В мире в настоящее время ведутся эксперименты со многими моделями, но до сих пор нет четкого ответа на вопрос, как это сделать лучше всего. Вместе с тем, имеются достаточно четкие заключения в отношении организации, правил и инициатив, которые позволяют системе здравоохранения так использовать имеющиеся в ее распоряжении ресурсы, чтобы достичь поставленных целей; эти вопросы являются предметом рассмотрения в Главе 3. Как много можно достичь с учетом имеющихся на сегодняшний день ресурсов – людей, строений, оборудования, знаний – зависит во многом от того, как производились инвестиции такого рода в прошлом, и того, как производилось формирование этих ресурсов. Любые ошибки при капиталовложениях имеют долгосрочные последствия. Вопрос о том, каким образом лучше всего создавать ресурсы и каких ошибок можно избежать, является предметом рассмотрения в Главе 4. В Главе 5 рассматриваются известные сопоставления в отношении того, что следует учитывать при финансировании определенной системы. И наконец, система здравоохранения как единое целое требует комплексного наблюдения, чтобы не забыть о поставленных целях, обеспечить такое положение, при котором финансирование, инвестирование и оказание помощи осуществляются должным образом. Предложения в отношении этой более общей функции рассматриваются в главе 6. На указанных вопросах делается особый акцент, частично в силу того, что многие из реформ, осуществляемых сегодня, ставят своей целью изменение упомянутых аспектов, не ограничиваясь лишь расширением предлагаемых услуг и видов вмешательства. Все эти реформы,



для того чтобы быть обоснованными, должны содействовать улучшению работы системы.

Каким образом можно обеспечить реализацию того потенциала, который есть у систем здравоохранения? Как можно их заставить работать лучше, с тем чтобы, помимо охраны здоровья, они соответствовали ожиданиям людей и защищали их с финансовой стороны от расходов, связанных с болезнью? Глава 2 устанавливает структуру для оценки того, как работает система здравоохранения, и для понимания факторов, которые содействуют этому в четырех основных направлениях, рассматриваемых в последующих главах: предоставление услуг, обеспечение ресурсов – кадровых, материальных и концептуальных, необходимых для того, чтобы система работала, мобилизацию и направление средств и обеспечение такого положения, при котором отдельные лица и организации, которые составляют систему, выступают как хорошие управляющие ресурсами, оправдывая возложенное на них доверие.

### ССЫЛКИ

1. **Miller J.** *The body in question*. New York, Random House, 1978: 14.
2. **Kleinman A.** Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 1978, **12**: 85–93.
3. **Claybrook J.** Remarks at the Seventh Annual North Carolina Highway Safety Conference, 1980. On Bureau of Transportation Statistics, Transportation Research Board web site at <http://www4.nas.edu/trb/crp.nsf/>
4. **US Department of Transportation.** *Traffic safety facts 1998*. Washington, DC, National Highway Traffic Safety Administration, 1998.
5. **OECD.** *International road traffic and accident database*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1999.
6. **Jamison DT et al.** *Disease control priorities in developing countries*. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993.
7. *World development report 1993 - Investing in health*. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993: Table 5.3.
8. **Akhavan D et al.** Cost-effective malaria control in Brazil. Cost-effectiveness of a malaria control program in the Amazon Basin of Brazil, 1988/1996. *Social Science and Medicine*, 1999, **49** (10): 1385–99: Table 5.
9. **Rutstein DD et al.** Measuring the quality of medical care – a clinical method. *New England Journal of Medicine*, 1976, **294** (11): 582–588.
10. **Charlton JR, Velez R.** Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *British Medical Journal*, 1986, **292**: 295–301.
11. **Velkova A, Wolleswinkel-van den Bosch JH, Mackenbach JP.** The EastWest life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. *International Journal of Epidemiology*, 1997, **26** (1): 75–84.
12. **Cochrane AL, St Leger AS, Moore F.** Health service input and mortality output in developed countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978, **32** (3): 200–205.
13. **Musgrove P.** *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC, The World Bank, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
14. **Mackenbach JP.** Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community. *Health Policy*, 1991, **19**: 245–255.
15. **Filmer D, Pritchett L.** The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 1999, **49** (10): 1309–1323.
16. **Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds.** *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1999.
17. **Taylor ASP.** *Bismarck - the man and the statesman*. London, Penguin, 1995: 204.
18. *Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge*. London, HMSO, 1942.
19. **Savage M, Shisana O.** Health service provision in a future South Africa. In: Spence J, ed. *Change in South Africa*. London, The Royal Institute of International Affairs, 1994.
20. **Government of India.** *Health Survey and Development Committee Report. Vol. 1.4*. New Delhi, Ministry of Health, 1946.
21. **Londoño JL, Frenk J.** Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997, **41** (1): 1–36.
22. **Barnum H, Kutzin J.** *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 1993.

23. **Newell KN.** *Health by the people.* Geneva, World Health Organization, 1975.
24. **Sanders D et al.** Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning*, 1998, **13**: 359–370.
25. **Gwatkin DR, Wilcox JR, Wray JD.** The policy implications of field experiments in primary health nutrition care. *Social Science and Medicine*, 1980, **14** (2): 121–128.
26. **Halstead SB, Walsh JA, Warren KS, eds.** *Good health at low cost.* New York, Rockefeller Foundation, 1985.
27. **Bobadilla JL et al.** Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, **72** (4): 653–662.
28. **Bobadilla JL.** *Searching for essential health services in low- and middle-income countries.* Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1998.
29. **Tulloch J.** Integrated approach to child health in developing countries. *The Lancet*, 1999, **354** (Suppl. II): 16–20.
30. **Gwatkin DR.** *The current state of knowledge about how well government health services reach the poor: implications for sector-wide approaches.* Washington, DC, The World Bank, 5 February 1998 (discussion draft).
31. **Berman P.** The organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (in press).
32. **Wilton P, Smith RD.** Primary care reform: a three country comparison of budget holding. *Health Policy*, 1998, **44** (2): 149–166.