

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

Какие требуются ресурсы?

Для обеспечения эффективности здравоохранения необходимо, чтобы финансовые ресурсы были сбалансированы надлежащим образом со многими другими вложениями, обеспечивающими деятельность служб здравоохранения. Бесплезно иметь большое число врачей, медицинских сестер и другого рода персонала при отсутствии адекватно построенных, оборудованных и обеспеченных учреждений здравоохранения. Имеющиеся ресурсы должны направляться как на инвестиции в новые технологии, учреждения и оборудование, так и на поддержание существующей инфраструктуры. Более того, эти хрупкие балансы должны поддерживаться как во времени, так и в рамках различных географических территорий. На практике дисбаланс между инвестициями и текущими расходами, а также среди различных видов вложений наблюдается часто, создавая барьеры удовлетворительному функционированию системы. Принятие решений в отношении новых инвестиций должно производиться тщательно, чтобы снизить риск возникновения в дальнейшем дисбалансов, а существующие поступления вложений требуют мониторинга на постоянной основе. Необходимы четкие политические установки и меры по обеспечению заинтересованности как для «покупателей», так и для «поставщиков», если мы хотим, чтобы они установили эффективно действующую практику в отношении потребностей и ожиданий системы здравоохранения.

4

КАКИЕ ТРЕБУЮТСЯ РЕСУРСЫ?

ДОСТИЖЕНИЕ БАЛАНСА СУЩЕСТВУЮЩИХ РЕСУРСОВ

Обеспечение деятельности здравоохранения предусматривает объединение значительного числа источников ресурсов для предоставления необычайно большого перечня различных видов помощи и услуг. Немногие, если не сказать ни один производственный процесс, могут сравниться по разнообразию и скорости изменений с производственными возможностями здравоохранения. На схеме 4.1. представлены три главные потребителя вложений в систему здравоохранения: людские ресурсы, физический капитал и расходные материалы. На ней также показано, каким образом финансовые ресурсы, предназначенные для этих трех потребителей, приобретают характер как капитальных вложений, так и текущих расходов. Как и в других отраслях производства, решения в отношении инвестиций в здравоохранение имеют критический характер, поскольку, как правило, они имеют

Рис 4.1. Вложения в систему здравоохранения: от финансовых ресурсов до мероприятий в сфере здравоохранения



безвозвратный характер – они привязывают значительные суммы средств к местам и видам деятельности, которые трудно, даже невозможно отменить, закрыть или сократить.

Тот факт, что принятие некоторых решений в отношении инвестиций выходит за круг ведения министерства здравоохранения, делает еще более затруднительным достижение баланса в целом. Например, подготовка врачей зачастую находится в ведении министерства образования. Кроме того, могут существовать частные инвестиции в здания и оборудование.

Капитал – это существующая совокупность продуктивных активов. Подготовленный персонал здравоохранения и передвижные клиники, наряду с фиксированными активами, являются частью основного капитала системы здравоохранения. Инвестиции – это любое дополнение к этому основному капиталу, например, увеличение числа фармацевтов или дополнительные средства передвижения. Типичная продолжительность продуктивности различных инвестиций будет варьироваться от короткого срока в 1-2 года для определенных видов оборудования до 25–30 лет и более для зданий и некоторых категорий профессионалов.

Технологический прогресс оказывает влияние на экономическую продолжительность жизни части капитала – прежние инвестиции быстро устаревают по мере появления новых и более совершенных технологий. На продолжительность существования активов оказывает влияние также то, каким образом ими управляют. При надлежащем уходе и техническом обслуживании здания и средства передвижения теряют свою ценность более медленно. При отсутствии внимания и технического обслуживания капитал здравоохранения быстро разрушается. Планирование технического обслуживания должно также учитывать состояние физического окружения, например, плохие дороги сокращают среднюю продолжительность функционирования транспортных средств; поэтому планирование технического обслуживания, эксплуатации и замены транспортных средств должно это учитывать.

Кадровый капитал концептуально можно рассматривать таким же образом, как и физический капитал, при этом подготовка и обучение являются ключевыми инвестиционными инструментами регулирования основного фонда кадровых ресурсов и определения имеющихся знаний и опыта (*I*). В отличие от материального капитала, знания не разрушаются при их использовании. Но, как и в случае с оборудованием, старые навыки становятся ненужными по мере появления новых технологий. Кроме того, кадровый капитал необходимо также поддерживать в должном виде. Непрерывное обучение и повышение квалификации без отрыва от работы необходимы для поддержания существующих навыков в соответствии с технологическим прогрессом и новыми знаниями. Кадровый капитал также утрачивается в связи с выходом на пенсию и смертью индивидуумов.

Инвестицией также можно назвать, в более широком смысле, любую новую программу, вид деятельности или проект. Капитальными затратами можно назвать также все затраты, которые возникают лишь единовременно (для финансирования начала деятельности), в то время как к текущим расходам относятся долгосрочные финансовые обязательства, которые следуют за такого рода инвестицией. Если существующую медицинскую технологию рассматривать как капитал, а научные исследования и развитие – как инвестиционный инструмент для расширения технологических границ и разработки новых идей, то эти концепции могут быть также применены в отношении диагностического оборудования, лекарственных средств и им подобных.

Инвестиция является критическим видом деятельности для приспособления основного капитала и создания новых и продуктивных активов. Такого рода поправки обычно периодически возникают со временем. Так, современная физическая инфраструктура больничных зданий и учреждений во многих странах является продуктом эволюции, которая заняла много лет. Среди стран ОЭСР расходы на инвестиции в здания и оборудование обычно составляют не более 5% от суммарных годовых расходов на здравоохранение и обычно несколько ниже уровня, наблюда-

вшегося 15-20 лет назад: сдерживание расходов было частично достигнуто за счет контроля за приростом капитала.

Однако в странах с низким уровнем доходов наблюдаются более значительные различия. Инвестиционные расходы могут быть значительно выше уровня, наблюдаемого в странах ОЭСР, особенно когда создается или восстанавливается физическая инфраструктура с помощью агентств – доноров. В таких странах, как Буркина-Фасо, Камбоджа, Кения, Мали и Мозамбик капитальные расходы составляют от 40% до 50 % суммарного бюджета общественного здравоохранения на протяжении одного или более лет (2). Значительная доля остающегося бюджета для текущих расходов обычно уходит на зарплату персонала здравоохранения. Это означает, что лишь незначительная доля суммарного бюджета расходуется на поддержание физического и кадрового капитала, либо на расходные материалы, включая лекарства. Достижение баланса между инвестициями и прочими расходами приобретает особую важность в странах с низким уровнем доходов, поскольку там ошибочные решения чреваты более тяжелыми последствиями. В целом, однако, мало чего известно об инвестициях в здравоохранение в странах с низким уровнем доходов, даже в отношении общественного сектора. Что касается частного сектора, то имеющиеся оценочные данные в отношении национальных счетов здравоохранения зачастую не имеют цифровых показателей, либо современное невероятно высокое соотношение между инвестициями и суммарными расходами сохраняется на протяжении многих лет. Незнание объемов инвестиций и характера их содержания делает практически невозможным сопоставление решений в отношении баланса капитальных и текущих затрат, либо обеспечение гарантий того, что капитал не растрачивается или не оттягивает фонды, необходимые для других вложений.

Еще меньше данных имеется в отношении размера ежегодных затрат на обучение и подготовку. Эти инвестиционные расходы включают содержание школ по подготовке врачей и среднего медицинского персонала, различные формы обучения без отрыва от производства, а также финансирование клинических исследований. В эти процессы вовлечены многие партнеры, и инвестиции зачастую не контролируются одним министерством и не следуют общей цели. В этом заключается причина распространенной уверенности в том, что сумма инвестиций в кадровый капитал гораздо больше, нежели инвестиций в физический капитал, по крайней мере в странах с высоким уровнем доходов. Как и в случае с инвестициями в физический капитал, дополнительные инвестиции в кадровый капитал со временем медленно возрастают. Подготовка специалистов, например, может потребовать 10 и более лет обучения в медицинской школе и на рабочем месте. Новые инвестиции в кадровый капитал имеют также долгосрочные последствия, аналогичные инвестициям в физический капитал. Подготовка кадров работников здравоохранения, обладающих новыми технологиями, например, потребует долгосрочных инвестиций в новые программы подготовки по основной программе и программе последующего усовершенствования, а также долгосрочных обязательств по выплате им заработной платы.

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ИМЕЮТ КЛЮЧЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Наиболее важными вложениями в здравоохранение являются кадровые ресурсы – различные категории медицинского и немедицинского персонала, которые обеспечивают все виды индивидуальной помощи и мероприятия в сфере общественного здравоохранения. Деятельность систем здравоохранения, в конечном счете, зависит от знаний, навыков и мотивации людей, ответственных за предоставление услуг.

Более того, расходы на кадровые ресурсы обычно составляют самую большую долю текущих расходов на здравоохранение. Во многих странах две трети и более суммарных текущих расходов составляет зарплата персонала. Но люди не смогут

эффективно оказывать услуги без наличия физического капитала – больниц и оборудования, а также расходных материалов, таких как лекарства, которые играют важную роль в повышении продуктивности кадровых ресурсов. Необходимо не только работоспособный баланс между созданием капитала здравоохранения в целом и текущими видами деятельности, нужно также, чтобы три вида вложений, представленных на схеме 4.1., также находились в сбалансированном состоянии.

Какие лечебные альтернативы следует использовать при определенных заболеваниях или медицинских состояниях? Какой уровень навыков и знаний требуется для предоставления этого набора услуг? Эти вопросы имеют один общий аспект. Они связаны со степенью гибкости в предоставлении медицинских услуг, например с возможностью замены одного вида вложений на другой, сохраняя при этом постоянный уровень и качество результата. С общественной точки зрения такого рода позитивные замены для достижения эффективного с точки зрения затрат предоставления услуг должны приветствоваться. Сбалансированная комбинация различных видов вложений ресурсов будет зависеть от выявленных потребностей здравоохранения, социальных приоритетов и ожиданий населения.

Системы здравоохранения характеризуются интенсивностью трудозатрат, и для их надлежащего функционирования необходим квалифицированный и опытный персонал. Кроме баланса между работниками здравоохранения и физическими ресурсами, необходим также баланс между различными типами работников, занимающихся охраной и укреплением здоровья, и работниками, оказывающими медицинскую помощь. Если нанять врача для выполнения простейших задач – то это будет очевидной тратой денег впустую. При увеличении конкретного вида вложений в систему здравоохранения имеется тенденция снижения добавочной цены, создаваемой каждой дополнительной единицей вложения (3). Например, там, где слишком мало врачей, приезд еще одного врача скажется позитивно на здравоохранении. Однако там, где уже слишком много врачей, появление дополнительного врача скорее всего приведет к повышению стоимости, нежели к улучшению оказываемых услуг. Некоторые пути решения проблем дисбалансов между поставщиками медицинских услуг приведены в тексте в рамке 4.1.

Система здравоохранения может иметь значительные кадровые ресурсы, обладающие прекрасными знаниями и навыками, но наряду с этим может столкнуться с неминуемым кризисом, если не будет учитывать будущие потребности

Рамка 4.1. Замены в сфере кадровых ресурсов

Значительное число стран сталкивается с общей нехваткой врачей. В других странах, следующих долгосрочной стратегии переключения ресурсов на оказание первичной медико-санитарной помощи, полагают, что у них слишком много специалистов и слишком мало врачей общей практики. Многие решают проблемы замены различных категорий поставщиков медицинских услуг.

Переориентация врачей – специалистов. Если ограничение возможности подготовки специалистов и изменение программы интернатуры является долгосрочной стратегией достижения баланса в профессиональном распределении врачей, то

переориентация специалистов на семейную практику является краткосрочной стратегией замены, которая используется, например, в странах Центральной и Восточной Европы.

Замена другими категориями профессиональных работников здравоохранения. Подготовка врача стоит в три раза больше, чем подготовка медицинской сестры¹. В результате подготовка большего количества медсестер и других категорий профессиональных работников здравоохранения может явиться эффективной с точки зрения стоимости мерой замены врачей. В Ботсване подготовка большего количества практикующих медсестер и фармацевтов позволила

сгладить эффект дефицита врачей в некоторых районах².

Введение новых категорий работников здравоохранения. Для обеспечения более полного соответствия между навыками и функциями может потребоваться подготовка новых категорий работников здравоохранения. Например, в Непале введение новой программы обучения позволило помощникам работников здравоохранения и другим сходным категориям персонала здравоохранения в сельских районах получить подготовку для занятия более высоких профессиональных постов³.

¹ World development report 1993 – Investing in health. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993.

² Egger D., Lipson D., Adams O. Achieving the right balance: the role of policy – making processes in managing human resources for health problems. Geneva, World Health Organization, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper No. 2, document WHO/EIP/OSD/2000.2).

³ Hicks V., Adams O. The effects of economic and policy incentives on provider practice. Summary of country case studies using the WHO framework. World Health Organization, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper No. 5, document WHO/EIP/OSD/2000.8 (in press)).

здравоохранения, приоритеты и имеющиеся ресурсы. Например, там, где плохо функционирует система обучения и подготовки молодых врачей и медицинских сестер, или где старший персонал не имеет достаточного времени и ресурсов для повышения своих знаний и навыков, там можно ожидать в будущем появления дефицитов. Аналогичным образом, система здравоохранения с искаженным возрастным распределением среди персонала в сторону времени выхода на пенсию создает реальную проблему. Тем самым система здравоохранения должна балансировать инвестиции в кадровый капитал для удовлетворения как будущих, так и современных потребностей. Некоторые из наиболее острых и сложных проблем вложений относятся к кадровым ресурсам (см. текст в рамке 4.2.).

Наличие высокого уровня знаний, навыков и квалифицированного персонала не имеет большого значения, если нет функционирующих медицинских учреждений, диагностического оборудования и лекарственных средств. Оказание медицинских услуг в этом случае все равно будет неудовлетворительным. Дефицит дополнительных вложений будет также оказывать негативное воздействие на мотивацию персонала – фактор, влияющий на возможности кадровых ресурсов. Мотивация, однако, зависит не только от условий работы. Важное значение имеют также финансовые поощрения и компенсации, т.е. зарплата и прочие надбавки, наряду с управлением персоналом в целом и возможностями для профессионального продвижения.

Неадекватная оплата труда и неадекватные надбавки вместе с плохими условиями труда (от работы в зонах конфликтов до неадекватных медицинских учреждений и дефицита основных лекарственных средств и расходных материалов) зачастую отмечаются в наименее развитых странах как наиболее острые проблемы, с которыми сталкивается персонал здравоохранения (4). В некоторых странах, например в Бангладеш и Египте, явное большинство всех врачей, работающих в общественном секторе здравоохранения, ведут частный прием пациентов для пополнения доходов от своей основной работы. В Казахстане «неофициальная оплата» оценивается в 30% от национального счета здравоохранения (5). В некоторых странах врачам предоставляется возможность иметь частную практику в общественных лечебных учреждениях для нейтрализации продолжающегося оттока квалифицированного персонала из общественного сектора. Такая стратегия считается успешной в Бахрейне, однако опыт Ганы и Непала свидетельствует о том, что такого рода поощрения могут приводить к оттоку ограниченных ресурсов из общественного сектора и побуждению профессионалов к независимой частной практике (6).

Люди как думающие существа существенно отличаются от машин, и кадровым капиталом нельзя управлять так же, как физическим капиталом. Во-первых, кадровые ресурсы, и особенно врачи, определяют использование других имеющихся вложений. Перепроизводство врачей безусловно означает перепроизводство всех видов услуг, предоставляемых ими. Высокая концентрация частнопрактикующих врачей, работающих в городских районах многих стран со средним уровнем доходов (как например, Таиланд), обычно коррелируется с частым использованием дорогостоящего оборудования и лабораторных исследований и со многими видами услуг иногда сомнительной ценности, предоставляемых городскому населению. В Египте очень высокий уровень потребления лекарств объясняется комбинацией большой численности врачей (на каждую больничную койку в Египте приходится два врача) и экстенсивным самолечением. По оценочным данным, наиболее бедные семьи в Египте тратят более 5% своего дохода только на лекарства (2).

Материальное стимулирование и управление в отношении кадровых ресурсов оказывают также не прямое воздействие на использование других ресурсов. Например, многие системы оплаты предусматривают материальное стимулирование врачей и поставщиков с целью большего или меньшего использования медицинского оборудования, лабораторных исследований и медикаментов. В Бангладеш врачи получают 30% – 40% стоимости лабораторных исследований для каждого консультируемого пациента, что создает явный интерес к расширению объема таких услуг (2). В Китае и Японии многие врачи получают часть своего

дохода от продажи лекарств, которые они прописывают. Во многих странах использование лекарств с коммерческим названием вместо дженериков все еще широко распространено, и это в значительной мере может быть объяснено материальным стимулированием врачей и фармацевтов производителями лекарств. Отсутствие необходимого опыта для оценки технологии и контроля качества является дополнительным фактором, создающим дисбаланс среди ресурсов.

Другим различием между кадровым и физическим капиталом, оказывающим влияние на характер управления людьми, является то, что врачи, медсестры и другие работники здравоохранения мотивируются не только современными условиями работы, доходами и управлением. На них также оказывают влияние их ожидания того, какими будут эти условия в будущем, исходя из их прошлого опыта, взглядов, выражаемых другими, и существующих тенденций. Если квалифицированный персонал полагает, что в будущем их зарплата, надбавки и условия работы ухудшатся, то их решения и мотивации в отношении работы будут отражать эти настроения. Эта «тень будущего» может легко привести к продолжающейся негативной спирали по направлению к снижению мотивации и деятельности.

Первый шаг по предотвращению развития такой ситуации заключается в поиске устойчивого баланса между различными типами ресурсов, а также между инвестициями и текущими расходами. Вероятно, наиболее значимой частью этого баланса является обеспечение наличия индивидуальных побуждений к инвестированию в кадровый капитал в виде повышения доходов, расширения возможностей продвижения по службе и улучшения условий труда. Действительно, многие страны с низким средним уровнем доходов увеличили выплату надбавок в качестве ключевой стратегии развития кадровых ресурсов и улучшения оказания медицинских услуг для удовлетворения потребностей и приоритетов в области здравоохранения (7). Выплаты в общественном секторе Уганды выросли на 900% (в номинальном выражении) за период с 1990 по 1999 год, что в реальном выражении означает увеличение в 2 раза (8).

Рамка 4.2 Проблемы кадровых ресурсов в предоставлении услуг

Численный дисбаланс. Проведенное недавно исследование кадровых ресурсов в странах со средним уровнем доходов (по одной или более в каждом из Регионов ВОЗ) показало, что большинство стран сталкивается с различной степенью выраженности дефицита квалифицированного персонала здравоохранения. В странах Африки, к югу от Сахары, в частности, ограниченные возможности подготовки и низкий уровень оплаты квалифицированных работников здравоохранения создают серьезные проблемы в оказании медицинской помощи. В других местах, например в Египте, проблемой является избыток врачей. В целом, дефициты и избыток характерны для стран этого региона, находящихся на том же уровне развития. Избыток, таким образом, может быть абсолютным, как в случае врачей – специалистов во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии, или относящимся к определенной географической территории.

Дисбаланс в области подготовки и специализации. Работники здравоохра-

нения зачастую не имеют достаточной квалификации для выполнения стоящих перед ними задач в связи с ограниченными возможностями для подготовки (как это имеет место во многих странах Африки), либо в связи с несоответствиями между имеющимися навыками и потребностями, а также приоритетами системы здравоохранения (как это имеет место в странах Восточной Европы и Центральной Азии). Число врачей и других категорий персонала здравоохранения с определенным типом подготовки или квалификации, однако, составляет лишь один аспект проблемы. Как формальная подготовка, так и профессиональное положение не обязательно означают наличие навыков в решении специфических проблем.

Дисбалансы распределения. Практически во всех странах наблюдается дисбаланс численности кадровых ресурсов в городах в сравнении с сельскими районами и имеют место проблемы удовлетворения потребностей специфических групп населения, таких как бедные, инвалиды,

либо этнические меньшинства. Практически повсеместно отмечается тенденция концентрации в городах поставщиков медицинских услуг. В Камбодже 85% населения проживает в сельской местности, однако лишь 13% государственных работников здравоохранения работают там. В Анголе в сельской местности проживает 65% населения, а 85% профессиональных работников здравоохранения работают в городских условиях. В Непале заполнено лишь 20% постов врачей в сельской местности по сравнению с 96% в городах.

Провал прошлых подходов к разработке общественной политики. Хотя за последние годы наблюдается определенный прогресс в разработке национальной политики и планов развития кадровых ресурсов для здравоохранения, они не выполняются в полной мере в большинстве стран. Более того, очень небольшое число стран контролируется и оценивает прогресс и последствия реализации этой политики.

Вообще нет легких ответов на проблемы в области развития кадровых ресурсов. Если не управлять этим процессом, то ответная реакция рынка кадровых навыков на требования рынка в целом наступает через годы, а то и десятилетия.

В отличие от физического капитала, кадровые ресурсы не могут быть выброшены на свалку, когда их навыки более не требуются или устарели. Даже увольнение работников общественного сектора здравоохранения является зачастую настолько трудной задачей, что ее можно решить лишь в рамках более широкой политики реформирования гражданской службы.

Для снижения издержек и ускорения прогресса в достижении необходимого баланса большое значение имеет вмешательство общества. Ниже приведены некоторые успешные примеры, однако многие проблемы все еще остаются (7).

Уровни использования, соотношение и распределение. Относительная стоимость различных категорий навыков должна являться основой для принятия решений в отношении их наиболее эффективной комбинации там, где функционируют рынки труда. Не существует абсолютных норм в отношении надлежащего соотношения численности врачей или медсестер и численности населения, зачастую используется директивный подход. Обычно наличие дефицита или избытка оценивается на основе потребностей и приоритетов в комбинации с сопоставлениями с соседними странами, либо со странами со сходным уровнем развития. Проведение такого рода оценки требует наличия достоверных данных об имеющихся кадровых ресурсах и их географическом и профессиональном распределении. Зачастую такого рода информация отсутствует. В Гвинее – Бисау Министерство финансов прекратило финансирование 700 «мертвых душ» после проведения переписи работников здравоохранения. Проведенная в 1993 году в Камбодже перепись работников здравоохранения выявила наличие дефицитов в их распределении и, как правило, отсутствие соответствующей регистрации при наличии широко различающихся полномочий (2).

Три вида стратегий кадровых ресурсов реализуются с определенным успехом:

- достижение более эффективного использования имеющегося персонала за счет его более правильного географического распределения;
- более широкое использование там, где это необходимо, персонала, имеющего многопрофильную подготовку;
- обеспечение более полного соответствия между навыками и функциями.

Последняя из этих стратегий нацелена на решение широко распространенной проблемы. Формальная подготовка работников здравоохранения, особенно с более высокой квалификацией, редко отражает реальные задачи, которые они будут решать. Это и расточительно, и действует деморализующим образом.

Имеется информация о некоторых успехах с введением обязательной службы и множественных поощрений (финансовые, профессиональные, образовательные и т.д.) для привлечения персонала в ранее непопулярные технические или географические территории, как это сделали Канада и скандинавские страны для направления персонала в свои северные регионы. В таких странах, как Фиджи, Оман и Саудовская Аравия в качестве временной стратегии успешно используется привлечение иностранных работников для заполнения критически важных пробелов. Эта стратегия может, однако, создать другие сложности и напряжения. Оман в настоящее время проводит политику найма на работу, главным образом, национальной рабочей силы по мере увеличения числа потенциальных медицинских студентов.

Целевое обучение и непрерывное образование. Имеются явные возможности активного вовлечения общественного сектора в обучение и контроль качества непрерывного образования с целью стимулирования развития кадровых ресурсов в избранных областях. В Венгрии и на Ямайке недавно были открыты новые школы общественного здравоохранения для удовлетворения потребности в профессионалах, обладающих знаниями в области эпидемиологии, статистики, управления и санитарного просвещения. Они намерены интегрировать первичную формальную подготовку, последующее непрерывное обучение и реальное предоставление услуг.

Это начинание имеет два потенциальные преимущества. Оно обеспечивает хорошую практическую базу подготовки, а также постоянно подталкивает поставщиков к новому осмыслению и развитию. В странах с большим процентом сельского населения используются несколько стратегий привлечения персонала на работу в сельские районы. Примерами являются целевой прием медицинских студентов из сельских местностей и обучение в местах, где в дальнейшем врачи будут работать.

Связанная с этим проблема касается оттока подготовленного персонала из стран с низким уровнем доходов в более богатые страны или из общественного сектора в частный сектор внутри той же страны. Более удачливые стажеры зачастую эмигрируют, привлеченные более высокими стандартами практики и условиями жизни за границей. Многие медсестры из Ямайки эмигрировали в США. Врачи мигрируют из Египта и Индии в другие страны Среднего Востока, а также в США и страны Европы. Недостаточная зарплата и надбавки являются наиболее серьезной проблемой, с которой сталкиваются работники общественного сектора здравоохранения во многих странах, следствием чего становится расширение формальной и неформальной частной практики. На Филиппинах и в Объединенной Республике Танзании введена практика заключения контрактов, требующих отработки определенного числа лет в общественном секторе здравоохранения, особенно когда подготовка финансируется государством. Сходная практика имеется в странах Латинской Америки, но там отмечаются трудности с обслуживающим персоналом. Обычно речь идет о молодых сотрудниках, приезжающих на короткий срок в непопулярные места. Меры воспитательного порядка редко бывают адекватными, и в целом на географическом дисбалансе это мало сказывается. Глобализация привела к большей мобильности персонала и к расширению возможностей обучения за рубежом; студенты, получившие образование за рубежом, зачастую имеют желание остаться в стране, где они получили подготовку.

ПРИСПОСОБЛЕНИЕ К ПРОГРЕССУ В ЗНАНИЯХ И ТЕХНОЛОГИЯХ

Увеличение объема имеющихся знаний или прогресс в области технологий, таких как лекарственные средства или диагностическое оборудование, могут значительно повысить возможности кадровых ресурсов в решении проблем здравоохранения и, тем самым, улучшить деятельность системы здравоохранения. Новые знания оказывают также воздействие на существующий баланс вложений в каждой стране, поскольку меняются относительные цены и сложившаяся комбинация ресурсов (9). За последние несколько десятилетий революционный прогресс в медицине и технологиях изменили границы между больницами, первичной медико-санитарной помощью и помощью на коммунальном уровне (10). Соответствующие изменения в ресурсах системы здравоохранения произошли гораздо позже.

Антибиотики являются одним из примеров новых знаний, влияющих на структуры стоимости. Начиная с периода 1940-х годов пациенты, страдающие бактериальными инфекциями, чаще всего получали лечение дома или в амбулаторных учреждениях, нежели в специализированных больницах, что значительно снижало расходы и улучшало результаты. Рост за последние годы нерегулируемого самолечения и все более частое появление возбудителей, устойчивых к лекарственным препаратам, привели к компроментации некоторых из этих достижений. Сейчас имеется необходимость в активном управлении процессом регулирования качества диагностики, прописи лекарств и обеспечения их соответствия. Вакцины также повлияли на стратегию и стоимость лечения эпидемических заболеваний, таких как корь и полиомиелит; новые вакцины будут продолжать вызывать необходимость переосмысления для обеспечения эффективной комбинации вложений в национальную стратегию здравоохранения.

Всем странам – богатым и бедным – необходимо найти и поддерживать разумный баланс между вложениями. Возможности выбора, вовлеченные в поиск

такого баланса, зависят, однако, от суммарного объема имеющихся ресурсов. В бедной стране возможности инвестирования в современные медицинские технологии или оплаты современных лекарственных средств очень ограничены. Переход от использования основных лекарственных средств к применению новых и дорогостоящих лекарственных средств для лечения сердечно-сосудистых заболеваний будет означать для бедной страны утрату невероятных возможностей в смысле результатов деятельности системы здравоохранения. Это различие в возможностях между странами также оказывает влияние на оптимальный баланс ресурсов (см. текст в рамке 4.3).

Стоимость некоторых вложений определяется на местном уровне, стоимость других устанавливается на международном рынке. В большинстве стран стоимость кадровых ресурсов (зарплата врачам, медсестрам и другим категориям персонала здравоохранения) определяется на национальном уровне, и важной детерминантой будет при этом являться общий уровень доходов для каждой страны или региона. С другой стороны, цены на такие предметы, как патентованные лекарственные средства и медицинское оборудование, определяются на глобальном рынке. Хотя различия в уровнях доходов в разных странах будут заставлять производителей и дистрибьюторов лекарственных средств и оборудования каким-то образом дифференцировать цены, управляющие системами здравоохранения каждой страны, гораздо в меньшей степени могут повлиять на эти цены, в отличие от стоимости кадровых ресурсов. Международное участие необходимо для представления интересов потребителей в странах с низким уровнем доходов, которые сталкиваются с тяжелым бременем инфекционных и паразитарных болезней. Значение такого рода участия, возглавляемого такими учреждениями, как ВОЗ и Всемирный банк, будет приобретать все более важную роль по мере развития глобализации стран с рыночной экономикой и создания условий для свободной торговли.

ОБЩЕСТВЕННОЕ И ЧАСТНОЕ ПРОИЗВОДСТВО РЕСУРСОВ

Если исключить квалифицированные кадровые ресурсы, то большинство вложений, используемых в службах здравоохранения, производится в частном секторе. При этом степень общественного управления объемом и набором продукции, ее распределения и качества варьирует. Например, местные рынки успешно производят большинство расходных материалов и поставляют неквалифицированных работников. Вмешательство правительства необходимо, главным образом, в области контроля обеспечения соответствия продукции стандартам качества и безопасности, контроля наличия надежной информации о продукции, а также наличия справедливой конкурентной среды.

Другие вложения, такие как производимые лекарственные средства и специализированное медицинское оборудование, зачастую сталкиваются с барьерами на пути проникновения на рынок в форме патентов и лицензионных требований, производственных стандартов, значительных размеров первичных инвестиций, высокой стоимости научных исследований и длительных периодов развития. Это позволяет производителям этих вложений оказывать существенное давление на рынок, злоупотребляя манипулированием ценами и спросом. Поэтому необходимы серьезные меры политического плана, такие как антимонопольное законодательство, ограниченные формуляры, политика в области лекарств-дженериков, закупки без упаковки, а также формальные оценки технологий (11-13). Более того, осуществляя закупки лекарственных средств и медицинских технологий на международном рынке, страны могут обеспечить сохранение конкурентоспособности местных производителей (14,15).

Финансирование из государственного бюджета производства расходных материалов, лекарственных средств и медицинского оборудования зачастую ведет к низкому уровню их качества, отсутствию модернизации, использованию устаре-

вших технологий, неэффективных производственных мощностей и к задержкам поставок. Наиболее разительный пример такого рода произошел в бывшем Советском Союзе. Большинство стран, следовавших этой модели, быстро оказались позади в отношении продуктивности и производственных технологий. Многие западные фирмы, которые внедрили на рынок лекарственных средств и медицинского оборудования в странах Центральной и Восточной Европы в начале 1990-х годов, сочли, что более экономично и проще построить новые заводы, нежели заниматься конверсией и модернизацией старого основного капитала (16-18).

Решения в отношении физического капитала, такого как больницы и другие крупные учреждения, требуют большего общественного внимания. Амбулаторные клиники, лаборатории, аптеки, больницы коттеджного типа и другие небольшие медицинские учреждения зачастую имеют небольшую потребность в капитальных затратах, и частные поставщики медицинских услуг могут оказаться способными самостоятельно финансировать их, либо на основе небольших частных кредитов параллельно с общественными инвестициями. В случае с большими больницами большинство стран в прошлом ориентировались в основном на инвестиции из государственного бюджета. Инвестиционные решения в этой области имеют последствия, которые могут тянуться 30-40 лет и более. Единжды построенные больницы, с политической точки зрения, закрыть очень трудно. Необходимость сильной общественной политики не означает, однако, что весь основной капитал должен финансироваться из государственного бюджета. Все в большей мере многие страны обращаются к частному сектору для поддержки инвестиций в систему здравоохранения, даже когда построенные в итоге учреждения не будут иметь целей получения прибыли, а текущие расходы будут покрываться из общественных фондов (19). В главе 6 приведены некоторые из проблем, возникающих при инвестициях в совместное производство, а также различные навыки, необходимые для компетентного руководства такого рода проектами. Что касается подготовки кадров специалистов и генерации знаний, то здесь аналогичное положение дел. Имеется необходимость активного общественного участия в разработке политики в этой области, обеспечении адекватного регулирования, однако частный капитал может быть привлечен для поддержки инвестиций как в обучение, так и в научные исследования.

Рамка 4.3. Расширение разрыва в использовании технологий?

На протяжении последних десятилетий был разработан значительный объем ценных медицинских технологий и инновационных клинических методов.

В стадии разработки находятся еще многие технологии и методы. К сожалению, новые возможности открыты не для всех в связи с недостаточным уровнем имеющихся доходов в некоторых странах. Заболевания, которые эффективно излечиваются в богатых странах профессионалами с использованием современной технологии, в наименее развитых странах являются объектом внимания неквалифицированного персонала или их лечат неофициально в домашних условиях. Более того,

некоторые из этих болезней имеют более широкое распространение в наиболее бедных странах. В настоящее время имеются лекарства для борьбы с ВИЧ/СПИД, которые могут, при огром-

ных затратах по крайней мере задержать дальнейшее развитие заболевания. Однако в разных странах практика лечения ВИЧ/СПИД и вложения в нее ресурсов значительно отличаются. В бедных странах ВИЧ/СПИД все еще является болезнью без альтернатив лечения. Заболевшие, в основном, получают неформальную помощь в домашних условиях или в учреждениях, где работает преимущественно неквалифицированный персонал. В Южной Африке улучшено положение с лечением ВИЧ-инфицированных за счет обязательств страхователей оплачивать стоимость их лечения при заключении медицинской страховки.

Передача малярии может быть предотвращена путем обработки домов, использования пропитанных инсектицидами сеток, профилактического приема хлорохина и т.д., но эти меры не всегда доступны людям, кото-

рые больше всего в них нуждаются. Реализуются ряд различных проектов по разработке вакцины против малярии¹. Прорыв в этих исследованиях явится огромной возможностью улучшить качество жизни и предотвратить смерть. Подобный технологический прорыв потребует также новой комбинации ресурсов, но только для тех стран, которые смогут приобрести новую вакцину.

Что касается туберкулеза, то отмечается возрастание частоты резистентности возбудителя к лекарственным препаратам первого ряда. Это вызывает серьезную озабоченность, например, в Российской Федерации. Отсутствие эффективного медицинского лечения и несоответствующее использование лекарственных средств продолжают служить препятствием в решении этой все возрастающей проблемы².

¹ The world health report 1999 – Making a difference. Geneva, World Health Organization, 1999.

² Global tuberculosis control: WHO report 2000. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/CDS/TB/2000.275).

Доминирующей движущей силой революции в службах здравоохранения в 20-м веке явились новые глобальные знания, появлению которых способствовали научные исследования и развитие. В Главе 1, как и в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 1999 год*, снова подчеркивается, что сегодняшние системы здравоохранения имеют четкую ответственность за обеспечение знаниями систем здравоохранения завтрашнего дня (20). Инвестиции в знания, которыми могут пользоваться все, имеют особое значение (м. Рамку 4.4). Хотя большинство научных исследований и разработок финансируется и должно финансироваться со стороны частного капитала, общество должно быть вовлечено в поддержку этих усилий и направлений их в области, где имеется наибольшая потребность. Попытки прямого управления сверху динамикой исследований и разработок зачастую терпят крах. Опыт показывает, что более успешными могут быть непрямые подходы и обеспечение научных коллективов соответствующими побудительными механизмами. И снова, существенно иную ситуацию в этой области может создать творческое международное управление.

НАСЛЕДСТВО ПРОШЛЫХ ИНВЕСТИЦИЙ

Прошлые инвестиции в наиболее бедных странах мира фокусировались на аккумулировании физической инфраструктуры. Такого рода программы зачастую поддерживались многосторонними и двусторонними донорскими организациями в надежде, что они приведут к улучшению деятельности служб здравоохранения и что страны сами смогут изыскать достаточные общественные средства для финанси-

Рамка 4.4 Глобальный альянс в области вакцин и иммунизации (GAVI)

Ежегодно почти три миллиона детей умирают от заболеваний, которые можно было предотвратить имеющимися в настоящее время вакцинами. Однако около 30 миллионов из 130 рождающихся в год детей не получают вообще никакой вакцинации. Большинство из неохваченных вакцинацией детей (25 миллионов) проживают в странах, где ВВП составляет менее 1000 дол. США на человека.

Глобальный альянс в области вакцин и иммунизации (GAVI) представляет собой объединение общественных и частных интересов, сформировавшееся в 1999 г. с целью обеспечения вакцинации каждого ребенка против заболеваний, которые можно предотвратить с помощью вакцинации. В число партнеров GAVI входят национальные правительства, Детская программа вакцинации Bill and Melinda Gates, Международная Федерация Ассоциаций производителей фармацевтических препаратов (IFPMA), научно-исследовательские и технические учреждения здравоохранения, Фонд Рокфеллера, ЮНИСЕФ, группа Всемирного банка и ВОЗ. GAVI стремится сократить разрыв в доступности вакцин между развитыми и развивающимися странами. В промышленно развитых странах в настоящее время широко используются, кроме шести основных вакцин расширенной программы иммунизации (против полиомиелита, дифте-

рии, коклюша, столбняка, кори и туберкулеза), также новые вакцины – против гепатита В, *Haemophilus influenzae type b* (Hib), и желтой лихорадки. Главной задачей является достижение всеми странами мира не менее 80 % охвата вакцинацией к 2005 году. Исходя из современной стоимости закупок вакцин, можно предполагать, что ежегодно потребуются дополнительно 226 млн. долл. США для достижения этого уровня охвата вакцинацией традиционными вакцинами РПИ в наиболее бедных странах. Для вакцинации того же количества детей новыми вакцинами, в соответствии с руководящими указаниями, утвержденными на первом заседании Совета GAVI, потребуются дополнительно 352 млн. долл. США.

На втором заседании Совета GAVI, состоявшемся во время Всемирного экономического форума в Давосе в феврале 2000 г. партнеры GAVI обсудили политику достижения цели 80% охвата вакцинацией и объявили о создании многомиллионного (в долл. США) глобального фонда детских вакцин. Правительства, бизнесмены, частные филантропы и международные организации объединили свои усилия для управления этими ресурсами с целью обеспечения защиты детей с помощью иммунизации во всех странах в рамках кампании под названием *The Children's Challenge*. Члены GAVI пола-

гают, что Защита детского населения планеты от предотвратимых заболеваний – это не только моральное обязательство, но и важный краеугольный камень здорового и стабильного общества.

Всем странам с уровнем ВВП менее 1000 долл. США на человека (всего 74 страны в мире и большинство из них в Африке) было предложено выразить свою заинтересованность в сотрудничестве с GAVI в проведении этой кампании. Около 50 стран из всех регионов ВОЗ уже представили детали в отношении практики и потребностей программ иммунизации. Ресурсы фонда будут в основном использоваться на закупку вакцин против гепатита В, *Haemophilus influenzae type b* (Hib) и желтой лихорадки, а также безопасных инъекционных материалов.

Предполагается, что партнеры GAVI на уровне стран будут сотрудничать с национальными правительствами в ликвидации выявленных разрывов в предложениях стран, нежели заниматься видами деятельности, непосредственно относящимися к поставкам вакцин. Возлагая все большую ответственность за обеспечение необходимой информацией и взятие обязательств непосредственно на страны, партнеры GAVI надеются, что результирующие усилия будут в основном обеспечены странами и поэтому будут более устойчивыми.

вания текущих расходов (21). В реальности ресурсы для поддержания и деятельности как физического, так и кадрового капитала зачастую были недостаточными. Учреждения здравоохранения не могут хорошо функционировать в связи с плохим техническим обслуживанием и дефицитом основных лекарственных средств и расходных материалов. Транспортные средства зачастую неподвижны из-за отсутствия возможностей для их ремонта и технического обслуживания. Например, в Гане в одном месте в 1992 г. 70% машин, принадлежащих Министерству здравоохранения, стояли на приколе, ожидая ремонта в государственных мастерских. Реорганизация системы технического обслуживания и ремонта, а также бюджетной практики привела к быстрому улучшению ситуации. Однако прошлая ситуация в Гане является широко распространенной. Даже в тех местах, где транспортные средства могут двигаться, зачастую проблемой является нехватка горючего. Это всего лишь некоторые примеры дисбалансов, которые все ведут к ограничению деятельности, сокращению срока функционирования физической инфраструктуры и снижению моральной ответственности персонала. В отношении физического капитала ситуация зачастую является неисправимой. Стоимость ремонта выше, чем стоимость строительства заново.

Другими причинами дисбаланса вложений являются отсутствие необходимых навыков, слабые системы информации о ценах, ригидные системы бюджетирования и фрагментация задач, как, например, отделение ответственности за инвестирование от операционных бюджетов. Если отсутствует информация о потребных объемах, трудно составить обоснованный проект уровня бюджета для вложений, таких как расходные материалы и горючее для транспорта. Если поставщики медицинских услуг несут ответственность за выполнение каждой из этих строк бюджета, то этим создаются серьезные препятствия эффективной деятельности служб здравоохранения. Дефициты вложений основной продукции довольно часто сосуществуют с неиспользованием фондов в чрезмерно детализованных бюджетах здравоохранения.

В Главе 6 рассматриваются вопросы развития формального партнерства за последнее время, такого как секторные подходы (SWAPы) между правительством и группами доноров. В сфере капитальных вложений доноры могут действовать гораздо лучше. Внешние учреждения внесли свой вклад в несбалансированность комбинаций вложений, фокусируя свое внимание на хорошо видимых инвестициях, без адекватного рассмотрения их совместимости с другими инвестициями (например, в отношении запасных частей), либо текущих расходов. Политический успех вложений в систему здравоохранения редко означает одновременно долгосрочную устойчивость. В наименее развитых странах зачастую имеются поощрительные меры для принимающих решения лиц с целью принятия ими донорской помощи, независимо от ее долгосрочных последствий для существующего баланса ресурсов или баланса между инвестициями и текущими расходами. Например, Шри-Ланка приняла донорский дар в виде больницы на 1000 коек, для эксплуатации которой пришлось отвлечь необходимые ресурсы из многих других видов деятельности. Конкурирующие предложения доноров привели к дальнейшей фрагментации в ответственности и сиоминутному мышлению (22).

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Значительные различия в комбинации ресурсов, используемых странами с высоким и низким уровнем доходов, могут быть частично объяснены различиями в относительных ценах. Наличие целостной системы национальных счетов здравоохранения предоставляет возможность получения наиболее полной информации о вложениях в систему здравоохранения и их объемах, как отмечается ниже. В бедной стране неквалифицированные кадровые ресурсы будут относительно дешевыми, в то время как медицинские технологии, учреждения и высококвалифицированный персонал будут стоить дорого. В результате, значительный процент суммарного

бюджета здравоохранения зачастую выделяется на инвестиции. После того, как из бюджета на текущие расходы будет выплачена зарплата персоналу, мало чего остается для приобретения оборудования, лекарственных средств, расходных материалов и оплаты амортизационных расходов учреждений здравоохранения. Это свидетельствует о том, что просто имеется слишком много персонала; зачастую эта ситуация является следствием подготовки персонала в соответствии с нормами обеспечения этим персоналом населения, либо следствием планирования по потребности, а не в соответствии с имеющимися ресурсами. Потребление лекарств в странах с низким уровнем доходов (зачастую высокое в относительном соотношении) в значительной мере финансируется из личных средств потребителей. В более развитых странах расходы на расходные материалы будут намного более значительными в абсолютных цифрах, но все же низкими в относительном виде в связи с тем, что кадровые ресурсы будут более дорогими. Но даже в странах с сопоставимыми уровнями доходов зачастую имеются значительные различия в соотношениях отдельных видов ресурсов.

На рисунке 4.2. представлено соотношение ресурсов в четырех странах с высоким уровнем доходов: Дания, Швеция, Соединенное Королевство и Соединенные Штаты Америки (23). Уровень вложений в каждой стране (по каждому компоненту из 8 вложений) представлен в виде процента от самого высокого уровня данного показателя в группе. Цифры не являются отражением «наилучшего положения» в смысле содержания Главы 2, они лишь сопоставляют размеры вложений.

В США размеры каждого из вложений являются максимальными или приближаются к максимуму. По уровню национальных расходов на здравоохранение и расходам на технологии они являются максимальными в данной группе стран. В Швеции больше всего кадровых ресурсов и больничных коек, и вместе с Данией она имеет самый высокий уровень расходов на лекарственные средства. Соединенное Королевство находится в рамках пределов границ, характерных для данной группы стран, по каждому виду вложений: страна далека, в частности, от максимума по расходам на душу населения и технологии (ядерно-магнитный резонанс и компьютерные сканирующие томографы). Однако в отношении числа больничных коек и расходов на лекарственные средства Великобритания сравнима с остальными странами данной группы и опережает США.

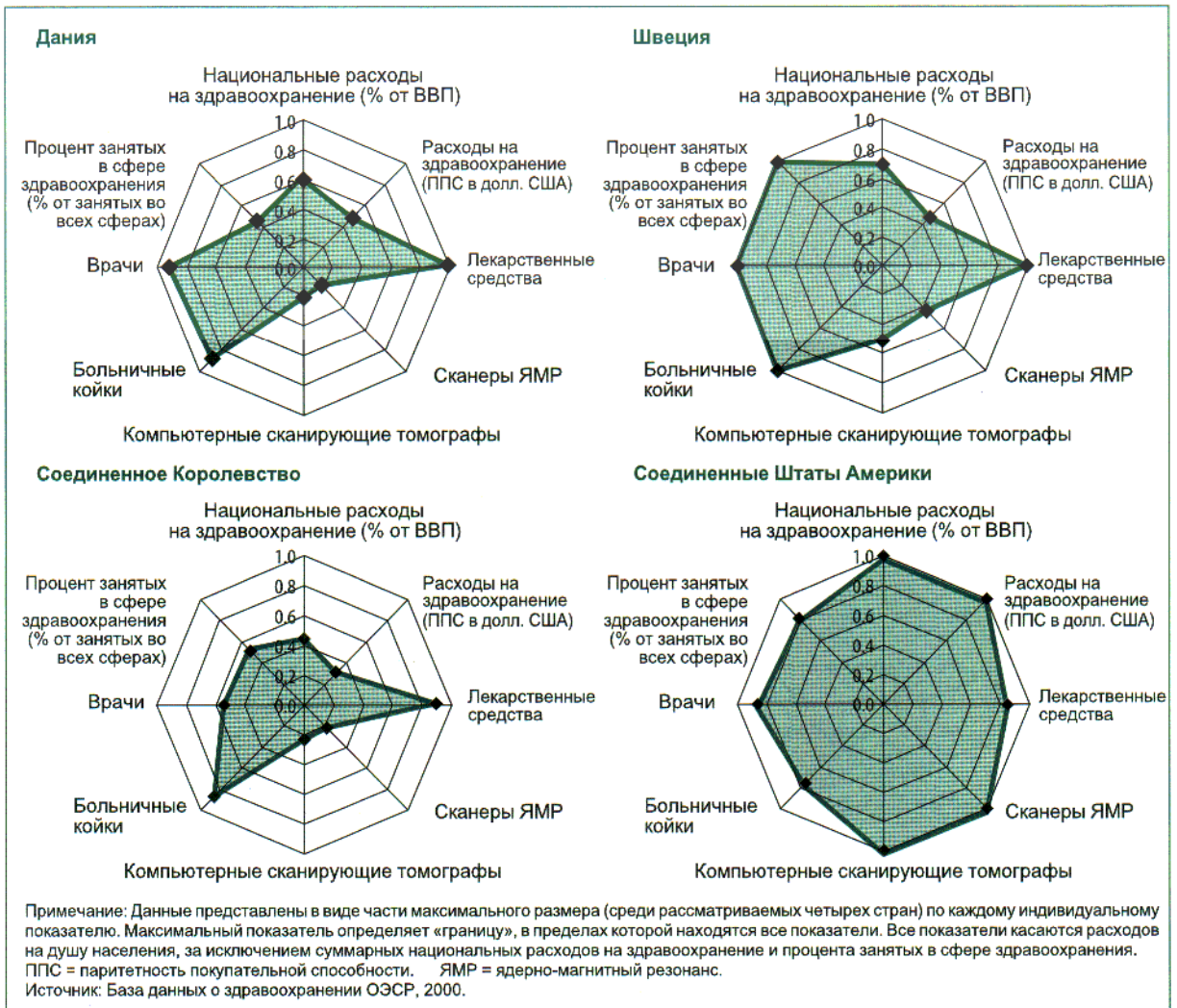
Это простое сопоставление демонстрирует явные различия в отношении комбинаций вложений. Различия могут быть отчасти объяснены прошлыми условиями конкуренции и методов оплаты среди больниц США, когда они ориентировались больше на качество, а не на стоимость и соотношение стоимости/эффективности. Играть роль также относительные стоимостные различия. «Медицинская гонка вооружений» в Швеции, и особенно в Великобритании, была более сдержанной из-за глобальных бюджетов. Это также означает, что система здравоохранения США (и, в конечном счете, – американские налогоплательщики и застрахованные) оплачивает более значимую часть суммарных расходов, связанных с продвижением новых медицинских технологий и лекарственных средств на рынок. Трендовые данные (не приведенные на диаграммах) показывают, что в отношении аппаратов ядерно-магнитного резонанса и компьютерных сканирующих томографов как Швеция, так и Великобритания догоняют уровни обеспеченности ими США. Это подтверждает мнение о том, что система здравоохранения США является ранним акцептором новых медицинских технологий. Относительная стоимость врачей и медсестер в Швеции низка в сравнении с США, и различия в комбинации вложений иллюстрируют степень возможности перемещения средств из вложений в кадровые ресурсы в другие виды вложений.

На рисунке 4.3. представлены комбинации аналогичных вложений в системы здравоохранения Египта, Мексики, ЮАР и Таиланда. Эти четыре страны со средним уровнем доходов тратят намного меньше на все виды ресурсов здравоохранения в сравнении со странами с высоким уровнем доходов. Как и в случае со странами с высоким уровнем доходов, имеются значительные контрасты в комбинации

ресурсов, и эти различия, как представляется, не обусловлены главным образом различиями в доходах или ценах.

В ЮАР отмечается наиболее высокий уровень расходов, обеспеченности медсестрами, больничными койками и ЯМР сканерами, однако по расходам на лекарственные средства и врачей она (вместе с Таиландом) занимает последние места. В рамках данной группы наиболее низкий уровень по суммарным расходам на здравоохранение (в расчете на душу населения) отмечается в Египте. Вместе с тем в этой же стране отмечается наиболее высокий уровень обеспеченности врачами и наиболее высокий уровень потребления лекарств. Оплата труда врачей и приобретение лекарств в Египте осуществляется главным образом из личных средств пациентов. По оценочным данным, около 80% доходов врачей приходится на частную практику и почти 60% стоимости лекарств оплачивается напрямую из бюджета семей (2). Высказываются сомнения в отношении квалификации врачей. В стране широко используются фирменные наименования лекарств в ущерб дженерикам. Отчасти эта особенность объясняется ограниченными познаниями и плохим восприятием дженериковых лекарственных препаратов потребителями, в дополнение к экстенсивному самолечению. Другими важными причинами являются

Рисунок 4.2 Комбинация вложений в системы здравоохранения: сопоставление четырех стран с высоким уровнем доходов, ситуация около 1997 год

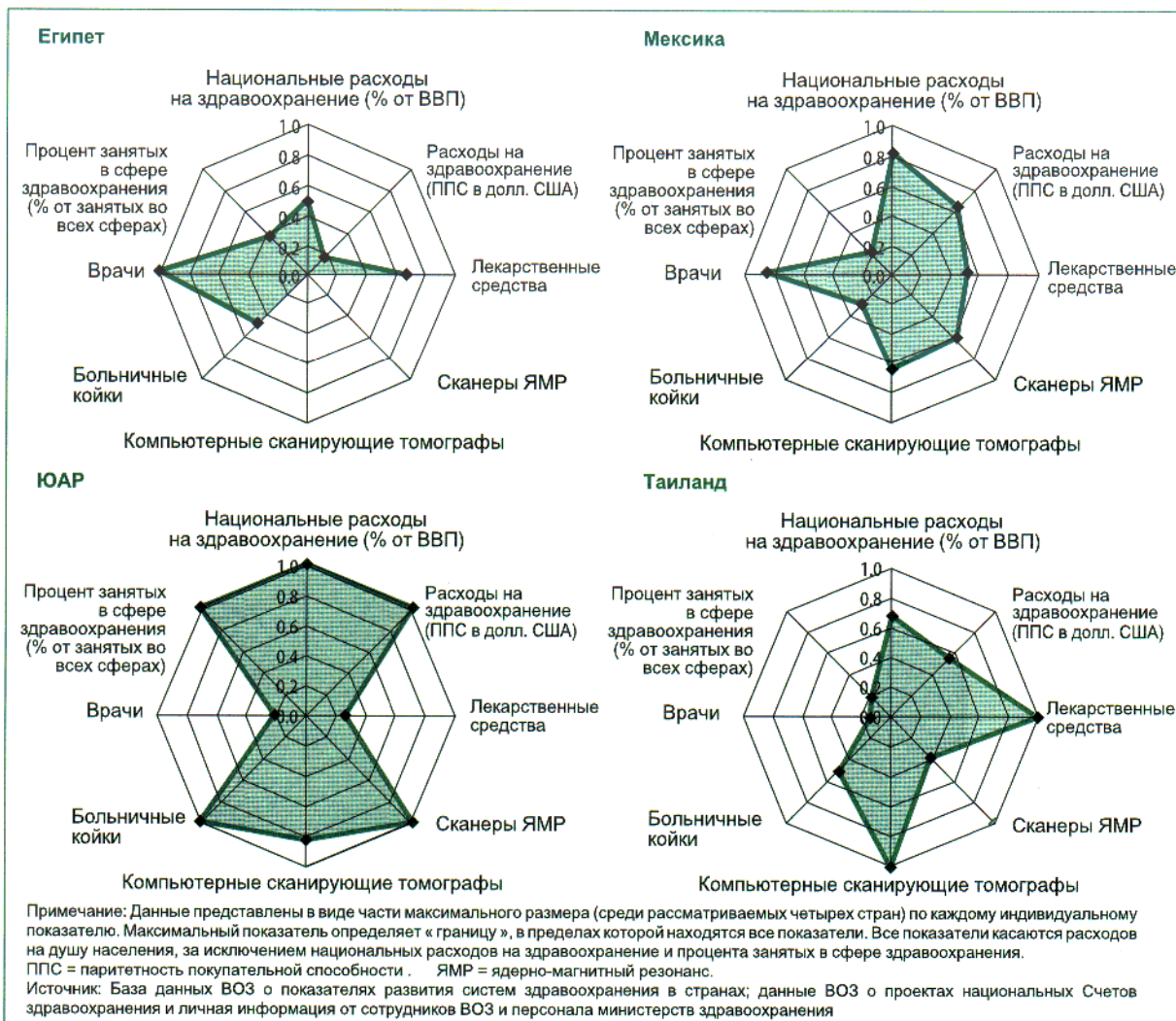


иррациональное назначение лекарственных средств врачами и отпуск фармацевтами без рецепта дорогостоящих лекарств.

В Мексике отмечается высокий уровень обеспеченности врачами и, вместе с Таиландом, самый низкий уровень обеспеченности медсестрами в этой группе стран. По оценочным данным, около 15% всех врачей в Мексике являются либо неактивными, либо занятыми не на полной ставке, либо безработными (2). Несмотря на этот признак избытка врачей, в сельской местности имеется значительное число вакантных постов. В противоположность этому, в Таиланде и ЮАР отмечается низкий уровень обеспеченности врачами. Администрация здравоохранения Таиланда полагает, что стране необходимо, по крайней мере, еще 10 000 врачей (2). Соотношение численности врачей и медсестер выглядит весьма контрастно: в ЮАР численность медсестер значительно превышает численность врачей, возможно, из-за большей интернациональной мобильности врачей, однако в Египте и Мексике ситуация имеет противоположный характер.

Распределение имеющихся ресурсов между городскими и сельскими местностями является наиболее важной проблемой во всех четырех странах со средним

Рисунок 4.3 Комбинация вложений в системы здравоохранения: сопоставление показателей четырех стран со средним уровнем доходов, ситуация около 1997 г.



уровнем доходов, однако это не нашло отражения в рисунке, где представлены средние показатели. Врачи работают в основном там, где уровень состояния здоровья населения является наиболее высоким. В ЮАР особой проблемой является распределение ресурсов среди этнических групп. В Таиланде большинство высокотехнологического оборудования сконцентрировано в городских больницах, в то же время на уровне первичной медико-санитарной помощи технологии используются редко. Большинство из приблизительно 900 врачей, выпускаемых ежегодно в Таиланде, остаются в городах; ожидается, что дефицит квалифицированного персонала в сельских районах будет сохраняться.

ИЗМЕНЕНИЕ МОДЕЛЕЙ ИНВЕСТИРОВАНИЯ

Опыт показывает, что попытки изменить существующие модели инвестирования и виды ресурсов встречают затруднения политического характера. Каждый евро, бхат или квач, потраченный на оказание медицинской помощи или на инвестирование, является доходом для кого-то и поэтому создает заинтересованность в нем (24). Если доход велик, то этот «кто-то» будет лоббировать получение дополнительных ресурсов и сопротивляться изменениям, которые не отвечают его/ее конкретным интересам. Подобного рода лоббирование и сопротивление исходит как от медицинской промышленности, так и от профессиональных групп. Попытки реформировать системы оплаты поставщиков медицинских услуг зачастую являются очень противоречивыми, так же как и попытки изменить порядок поступления в высшие медицинские учебные заведения или содержание программ обучения. Лоббирование также исходит от заинтересованных групп и политиков. Инвестиции в сферу здравоохранения обычно сопровождаются общественной поддержкой, и изменить каким-либо образом баланс этих инвестиций может оказаться делом затруднительным. Так будет даже в том случае, если существует значительный дисбаланс в сопоставлении социальных приоритетов. Наличие заинтересованных кругов и лоббирования в сфере распределения стоимости и прибыли является важным фактором той инерции, которую необходимо преодолевать в целях изменения существующей структуры капитала и комбинации вложений ресурсов.

Преобладающий акцент на инвестиции в систему здравоохранения за последние десятилетия делался на больницах и специализированной помощи. В дополнение к прочим силам, сопротивляющимся развитию первичной медико-санитарной помощи, упомянутым в Главе 1, определенную роль играли и решения, касающиеся инвестиций. Вложения капитала в больничные здания не являются главной причиной. Более важно то, что ориентация на специализированную помощь предусматривает инвестиции в наем и подготовку кадровых ресурсов для укомплектования больниц. Ориентация на больничную помощь привела к быстрому увеличению числа больничных коек. В странах с высоким уровнем доходов рост числа больничных коек сопровождался и вызывался быстрыми технологическими изменениями, следствием чего был рост интенсивности помощи и расходов. Постарение населения, сопровождаемое более широким использованием пожилыми людьми служб здравоохранения, поддерживало это давление в сторону увеличения числа больничных коек.

В наименее развитых странах накопление фонда больничных коек сопровождалось гораздо более медленными технологическими изменениями и более медленным ростом цен, а также меньшей интенсивностью медицинской помощи, неадекватным техническим обслуживанием зданий и более низким качественным уровнем услуг в связи с отсутствием средств на текущие расходы (24). Во многих странах со средним и низким уровнем доходов средняя занятость койки в общественных больницах была низкой. В Мексике, например, занятость коек в больницах, принадлежащих Министерству здравоохранения, составила в среднем 50% в связи с неадекватной обеспеченностью персоналом и недостаточным техническим обслуживанием, что в результате приводило к неэффективному использованию существующих ресурсов (25).

В течение 1990-х годов многие страны начали сокращать свой больничный сектор. В частности, были закрыты многие маломощные больницы, либо их перепрофилировали для других целей (см. Рамку 4.5). Вследствие технического прогресса и более низкой стоимости внебольничного лечения количество больничных коек и средняя продолжительность пребывания больного на койке сократились. Закрытие маломощных больниц и палат интенсивной терапии, а также снижающаяся численность больничных коек означают, что необходимо будет разработать новые стратегии в ответ на колеблющиеся потребности; ключевыми компонентами этих стратегий должно быть усиление интеграции среды поставщиков, транспортировка пациентов, сведение воедино ресурсов и информация.

Наличие колеблющихся потребностей диктует необходимость наличия дополнительной возможности удовлетворения изменений в потребностях. Эпидемия гриппа, прокатившаяся по всей Европе в 1999-2000 гг., показала, что во многих странах, например в Великобритании, резерв больничных коек был недостаточен для удовлетворения внезапно возникшей потребности (26). В прочих отраслях экономики (электроснабжение, общественный транспорт) временные внезапные потребности могут быть удовлетворены за счет максимального ценообразования. Как это отмечено в Главе 3, нормирование ценообразования не является приемлемым механизмом распределения в системе здравоохранения. Избыточная потребность, которая не может быть удовлетворена повышенными ценами, должна быть улажена прочими механизмами нормирования – отсрочкой видов помощи, не являющихся неотложными, перемещением пациентов, сокращением сроков пребывания в стационаре и т.д.

В странах с иерархической структурой планирования распределение ресурсов и планирование инвестиций зачастую являются инкрементальными. Бюджет прошлого года зачастую является отправной точкой для планирования на следующий год. Текущие виды деятельности, как правило, не подвергаются сомнению, что в значительной мере сокращает возможности страны в отношении перехода к более экономному и эффективному вложению ресурсов в целом. Процесс планирования можно представить в виде игры, в которой министерства, которые оказывают услуги (как, например, министерство здравоохранения), требуют увеличения ресурсов, в то время как стражи казначейства пытаются сохранить расходы на прежнем уровне (27). Подобный подход является привлекательным из-за его простоты, но он требует наличия возрастающих бюджетов. Если бюджеты сокращаются, то департаменты действительно должны тщательно проанализировать весь набор осуществляемых программ и видов деятельности, определить их приоритетность в отношении возможных сокращений или ликвидации. Гражданская бюрократия обычно пытается сохранить все без изменений путем сокращения расходов по всему полю деятельности, не изменяя общие приоритеты и не уделяя особого внимания необходимости защитить целевые географические районы или группы населения.

Министерства будут пытаться насколько возможно дольше сохранить то, что они считают наиболее критическим видом расходов, например зарплату, и сократить расходы там, где это не повредит деятельности системы здравоохранения (22). Отодвигаются на неопределенный срок запланированные ранее инвестиции, и текущее строительство остается незавершенным. В надежде на краткосрочность финансовых кризисов системы здравоохранения могут уменьшить расходы на долгосрочные инвестиции в кадровый и физический капитал и даже на текущие расходы на материально – техническое обслуживание, закупку лекарственных средств и других расходных материалов. Это неизменно значительно сузит возможности кадрового капитала и деятельность системы здравоохранения. Инвестиции по своему характеру более изменчивы, чем текущие расходы – они возникают в виде разрозненных крупных расходов, а затем требуют меньших, но регулярных операционных расходов. Отсрочка инвестиций на короткий период или их сокращение может явиться подходящим выходом при возникновении кризиса,

однако это должно производиться с учетом всей картины капитальных и текущих ресурсов, а также прогнозируемого времени выхода из кризиса. Без этого спонтанное хромсание запланированных инвестиций приведет к дисбалансу и неэффективности.

ПУТЬ ВПЕРЕД

Явные признаки дисбаланса между ресурсами включают в себя неудовлетворительное функционирование, разрушающиеся здания и низкий уровень морального состояния персонала на работе. Физический капитал разрушается более наглядно. Пациент обращается в частный сектор в поисках более качественной помощи.

Независимо от уровня доходов страны существуют эффективные пути распределения вложений в систему здравоохранения, которые позволят ей функционировать наилучшим образом. Эффективная комбинация вложений будет различной во времени и в разных странах в зависимости от относительной стоимости вложений, специфических потребностей страны в здравоохранении, а также социальных приоритетов. В наименее развитых странах установление приоритетов, безусловно, будет более трудным делом, а достижение баланса между инвестициями и текущими расходами – более критически важным. Системы здравоохранения сталкиваются со значительными проблемами, когда происходят быстрые изменения либо в технологии, либо в имеющихся финансовых ресурсах в результате турбулентных изменений в макроэкономическом окружении. Неспособность лиц, принимающих решения в здравоохранении, найти решения при таком изменении условий приведет к снижению уровня деятельности системы здравоохранения ниже оптимального.

Как развитые, так и наименее развитые страны отмечают наличие дисбаланса между имеющимися вложениями, однако причины в этих случаях различны. В связи с быстрыми технологическими изменениями в службах здравоохранения дисбалансы были скорее правилом, нежели исключением в развитых странах. В наиболее развитых странах проблемы видны гораздо более ясно. Дисбалансы в этих странах зачастую вызывались отсутствием навыков управления и снижением наличных

Рамка 4.5 Инвестиции в больницы в странах бывшего СССР до реформы политики

Большинство ресурсов здравоохранения в бывшем Советском Союзе контролировалось сверху министерствами здравоохранения. Центральное правительство управляло инвестициями и последующим накоплением ресурсов в физическом и кадровом капитале. Структура служб здравоохранения определялась такими нормативами, как количество коек или врачей на тысячу населения. Результатом явилась значительно развитая сеть больничных учреждений.

В начале 1990-х годов число больничных коек на тысячу населения в большинстве стран бывшего Советского Союза было значительно выше, чем во многих западноевропейских странах. Показатель численности врачей на тысячу населения (большинство из них было занято в больничном секторе) было также высоким по сравнению со многими западными странами. Показателями недостаточной эффективности больничного сектора были

длительность пребывания больных в стационаре и умеренные показатели занятости больничных коек, особенно в небольших больницах. Негативное влияние на эффективность работы больничных служб оказывали плохое состояние зданий и медицинского оборудования. Многие из небольших районных больниц имели не более 4-5 м² на больничную койку, а некоторые из наиболее мелких больниц не имели рентгеновского кабинета и адекватного тепла и водоснабжения.

Например, исследование 1989 года показало, что 20% больниц в России не имели горячего водоснабжения, а 3% – даже холодного водоснабжения, 17% больниц не имели адекватных санитарных условий. Исследование также показало, что каждая седьмая больница и поликлиника нуждаются в капитальной реконструкции. Аналогичное исследование состояния медицинских учреждений в 1988 году выявило значительное недофинансирование

технического обслуживания поликлиник и больниц – 19% поликлиник и 23% больниц были оценены как находящиеся в «катастрофическом» состоянии или как требующие полной реконструкции.

В 1990-х годах важным элементом проводимых реформ было сокращение числа больниц и их использования. Комбинация избыточной мощности больничного сектора и низкого качества физических ресурсов стала главным искажением комбинации вложений в этих странах. Там, где медицинские учреждения не были закрыты, либо не были перепрофилированы в дома престарелых, либо в другие виды учреждений, они превратились в учреждения более высокого уровня и стали использоваться более эффективно в системе консультаций. Во многих случаях, однако, изменения были умеренными в связи с политическими затруднениями в перемещении ресурсов из одного вида деятельности в другой.

финансовых ресурсов. Хотя некоторые виды дисбалансов наблюдаются и в хорошо функционирующих системах здравоохранения, может быть сделано гораздо больше для их быстрого устранения или даже предотвращения их.

Первый шаг заключается в распространении в обществе информации о существующей проблеме на основе документации о различных ресурсах и о деятельности систем здравоохранения. Реальные цифры о численности и распределении кадровых ресурсов, особенно если они привязаны к данным о деятельности системы здравоохранения, могут также помочь формулированию политики и планов решения проблем. На рисунках 4.2 и 4.3 представлены фрагменты информации о вложениях. Но они не отражают того, как та или иная комбинация вложений влияет на результаты деятельности.

Национальные счета здравоохранения (НСЗ) являются более полным инструментом для сбора данных о вложениях и для проведения переговоров с различными держателями фондов о перспективах инвестиционной политики. НСЗ дают широкую картину, позволяющую министерствам здравоохранения вести службы здравоохранения по пути реформ и в трудные времена. Когда экономика Финляндии оказалась в состоянии кризиса из-за потери своего экспортного рынка в Российской Федерации в начале 1990-х годов, руководители здравоохранения страны смогли воспользоваться информацией, содержащейся в НСЗ для восстановления продуктивности системы здравоохранения.

Более подходящие стоимостная информация и системы бухгалтерского учета позволят легче достичь баланса среди вложений, например за счет подготовки более надежных проектов бюджетов. Осознание обществом существующих проблем и улучшение информационного обеспечения с помощью НСЗ и систем бухгалтерского учета не приведут ни к каким изменениям, однако без одновременного наличия обязательств со стороны широкого круга лиц, принимающих решения в сфере здравоохранения позволят заняться решением этих фундаментальных проблем.

Такое обязательство наилучшим образом поддерживается комбинацией двух видов управления – надзора и влияния – и расширения возможностей децентрализации процесса принятия решений покупателями и поставщиками. Важно сохранить центральную ответственность за принятие решений в отношении наиболее крупных инвестиций. Это не означает, что все решения такого рода должны приниматься на центральном уровне. Для обеспечения общей координации решений в отношении государственных и частных инвестиций, с учетом возможностей финансирования текущих расходов в общественном секторе, необходимо наличие политики в этом вопросе и руководства с помощью объявления тендеров или процесса сертификации. Самой большой ошибкой является содействие или выдача разрешения на инвестиции, когда известно, что невозможно будет обеспечить их текущие расходы. Необходимы будут и далее наличие центральной политики в отношении регистрации лекарственных средств и основных технологий, разработки перечней основных лекарственных средств и протоколов лечения, обеспечения качества и тендерных закупок лекарственных средств без упаковки. Покупатели и поставщики заинтересованы в стимулах и возможностях для изменения сложившегося распределения вложений в целях поиска наилучшего пути реагирования на потребности здравоохранения, социальные приоритеты и ожидания. Ригидные иерархические подходы к балансированию ресурсов обычно приводят к реактивным, а не последовательным изменениям. Дефициты основополагающих вложений, с одной стороны, и неистраченные средства, с другой, являются часто встречающимися проблемами в этих условиях. Однако децентрализованное принятие решений среди поставщиков должно контролироваться, и им следует управлять путем активных механизмов закупок и соответствующих расчетов в целях удовлетворения общих приоритетов. Децентрализованное принятие решений в отношении деталей деятельности служб и мероприятий также требует наличия новых стратегий в отношении кадровых ресурсов и инвестиций в планирование и овладения навыками управления на всех уровнях.

Без наличия подобного выраженного управления всеми источниками вложений и мониторинга развития событий будет наблюдаться излишняя свобода действий

среди децентрализованных подразделений, соблазн встать на путь оппортунистического поведения. Подобное поведение, будь то на центральном или децентрализованном уровне, будет также удерживать донорские организации от поддержки децентрализации, например с помощью многосекторальных подходов и создания пулов совместного финансирования. Это будет также причиной для получателей помощи не доверять попыткам добиться координации действий доноров (22). Децентрализация не означает отсутствия отчетности в управлении ресурсами либо устранения центрального правительства от планирования и мониторинга. Децентрализация должна быть спроектирована так, чтобы повысить отчетность и придать центральному правительству и министерствам новую роль, концентрирующуюся на общем регулировании и мониторинге.

Составной частью новой роли должна явиться оценка воздействия новых медицинских технологий и разработка порядка регулирования в сотрудничестве с держателями крупных фондов. Проведение подобной оценки воздействия новых технологий требует наличия документации о существующем положении и использовании ресурсов. Это еще больше подчеркивает важность мониторинга. Что касается наименее развитых стран, то учреждения – доноры должны принимать во внимание как существующие, так и возможные дисбалансы при разработке стратегий поддержки. Хорошей отправной точкой для общего понимания существующих дисбалансов будет являться информационная база, накапливаемая в НСЗ при их постоянном обновлении.

Дисбалансы между ресурсами будет более трудно исправить и предотвратить как в ригидных иерархических системах, так и в децентрализованных системах без наличия соответствующей отчетности, надлежащих стимулов и управления. Такого рода дисбалансы зачастую создают огромные проблемы сами по себе, но они также индуцируют дальнейшие проблемы, подавая неверные сигналы рынку труда в секторе здравоохранения и промышленности, поддерживающей службы здравоохранения. Хорошо функционирующие, эффективные с точки зрения стоимости системы здравоохранения, которые реагируют на потребности здравоохранения, базирующиеся на четких приоритетах, дадут как медицинской промышленности, так и медицинским школам стимулы для надлежащего инвестирования в научные исследования и развитие, в программы подготовки и в физические вложения, важные для производства более совершенного здоровья.

ССЫЛКИ

1. **Becker G S.** *Human capital. A theoretical and empirical analysis with special reference to education, 3rd edition.* Chicago, The University of Chicago Press, 1993.
2. WHO health system profiles database.
3. **Folland S, Goodman AC, Stano M.** *The economics of health and health care.* New York, Macmillan Publishing Company, 1993.
4. **Berckmans P.** *Initial evaluation of human resources for health in 40 African countries.*, Geneva, World Health Organization, Department of Organization of Health Services Delivery, 1999 (forthcoming document).
5. **Ensor T, Savelyeva L.** Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning*, 1999, **13** (1): 41–49.
6. **Hicks V, Adams O.** *The effects of economic and policy incentives on provider practice. Summary of country case studies using the WHO framework.* Geneva, World Health Organization, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper No. 5, document WHO/EIP/OSD/2000.8, in press).
7. **Egger D, Lipson D, Adams O.** *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems.* Geneva, World Health Organization, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper No. 2, document WHO/EIP/OSD/2000.2).
8. *Public sector pay reform project, final report.* Ministry of Public Service, Accra, Uganda, 1999, WHO health system profiles database.
9. **Weisbrod BA.** The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature*, 1991, **24**: 523–552.
10. *European health care reform. Analysis of current strategies.* Copenhagen, Denmark, World Health Organization, 1997 (European Series No. 72).
11. *Action Programme on Essential Drugs.* Geneva, World Health Organization, 1999.

12. *Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational use*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Health economics and drugs, DAP Series No. 5).
13. **Banta HD, Luce BR**. *Health care technology and its assessment: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 1993.
14. *Medical equipment procurement manual*. Washington, DC, The World Bank, 1998.
15. *Standard bidding documents: procurement of health sector goods*. Washington, DC, The World Bank, 2000.
16. **Van Gruting CWD ed**. *Medical devices: international perspective, Part VIII - Geographical situations in central and east Europe*. Amsterdam, Elsevier, 1994.
17. **Issakov A, Richter N, Tabakow S**. Health care equipment and clinical engineering in central and eastern Europe. *New World Health*, 1994: 167–171.
18. *Russian Federation medical equipment project*. Washington, DC, The World Bank, 1996 (Report No. 14968-RU).
19. *Private hospital study*. Washington, DC, International Finance Corporation, 1998.
20. *The world health report 1999 – Making a difference*. Geneva, World Health Organization, 1999.
21. **Lee K**. Symptoms, causes and proposed solutions. In: Abel-Smith B, Creese A, eds. *Recurrent costs in the health sector: problems and policy options in three countries*. Geneva, World Health Organization, 1989 (document WHO/SHS/NHP/89.8).
22. **Walt G et al**. Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning*, 1999, 14 (3): 207–218.
23. **Anell A, Willis M**. International comparison of health care resources using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (in press).
24. **Reinhardt U**. *Accountable health care: is it compatible with social solidarity?* London, The Office of Health Economics, 1997.
25. **Barnum H, Kutzin J**. *Public hospitals in developing countries: resource use, cost and financing*. Baltimore, John Hopkins University Press, 1993.
26. The health service: bedridden. *The Economist*, 15 January 2000: 31–34.
27. **Wildavsky A**. *Budgeting: a comparative theory of budgetary processes*. Boston, Little, Brown & Co., 1975.

