

## ГЛАВА ШЕСТАЯ

# Как обеспечивается защита интересов общества?

Правительства должны быть «управляющими» своими национальными ресурсами, поддерживая и совершенствуя их на благо населения. В здравоохранении это означает полную ответственность за тщательное управление благосостоянием граждан. Управление здравоохранением – это основа основ хорошего правительства. Для каждой страны это означает создание наилучшей и возможно более справедливой системы здравоохранения. Здоровье населения всегда должно быть национальным приоритетом: ответственность правительства за это является нескончаемой и постоянной. Министерства здравоохранения должны взять на себя значительную долю управления системами здравоохранения.

Политика и стратегии здравоохранения должны охватывать частное предоставление и финансирование услуг, наряду с государственным финансированием и деятельностью. Только таким образом системы здравоохранения могут быть в целом ориентированы на достижение целей в интересах общества. Управление включает в себя задачу формулирования видения и директив политики здравоохранения, осуществление влияния через регулирование и пропаганду, а также сбор и использование информации. На международном уровне управление означает воздействие на научные исследования на глобальном уровне и производство в интересах достижения целей здравоохранения. Это означает также обеспечение доказательной базы для направления усилий стран на совершенствование своих систем здравоохранения.



## 6

## КАК ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ЗАЩИТА ИНТЕРЕСОВ ОБЩЕСТВА?

### РОЛЬ ПРАВИТЕЛЬСТВА В УПРАВЛЕНИИ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Управление ресурсами является последней из четырех функций системы здравоохранения, анализируемых в настоящем докладе, и, как можно не без основания предположить, наиболее важной. Функция эта выделяется и отличается от других (обеспечение обслуживания, производство вложений и финансирования) по одной очень важной причине: основная ответственность за всю работу системы здравоохранения страны всегда должна лежать на правительстве. Функция управления состоит не только в том, чтобы оказывать влияние на другие функции, она обеспечивает достижение каждой цели, стоящей перед системой здравоохранения, а именно: улучшение здоровья, ответная реакция на законные ожидания населения, справедливость вклада. Правительство должно обеспечить управление на всех уровнях системы здравоохранения с целью достижения максимальных результатов.

Управление недавно было охарактеризовано как «функция правительства, несущего ответственность за благосостояние населения и обеспокоенного доверием и законностью, с позиций которых его деятельность и рассматривается гражданами» (1). Для этого необходимы широкий кругозор, интеллект и авторитет, главным образом имеется в виду Министерство здравоохранения, которое должно следить за работой и руководить ею, а также заниматься совершенствованием деятельности в области здравоохранения от имени правительства. Таким образом, большая часть данной главы посвящена роли министерства.

Некоторые аспекты управления в здравоохранении должны рассматриваться правительством в целом. Такие моменты, как воздействие на поведение работников здравоохранения в других отраслях экономики, или же обеспечение подготовки необходимых для здравоохранения людских ресурсов, как с точки зрения их объема, так и уровня квалификации, могут оказаться за пределами компетентности министерства. Правительство должно обеспечивать последовательность и преемственность в работе управлений и секторов, где это необходимо, за счет всеобщих реформ гражданской администрации.

На внеправительственном уровне управление ресурсами также является ответственностью покупателей и поставщиков услуг в системе здравоохранения, которые обязаны гарантировать в результате совершенных ими затрат максимально возможный вклад в улучшение состояния здоровья. Управление ресурсами в здравоохранении имеет и международный аспект, связанный с оказанием внешней помощи.

Но основным «двигателем» остается правительство. Сегодня в большинстве стран роль государства по отношению к здравоохранению меняется. Ожидания людей в отношении результатов деятельности системы здравоохранения достигли

небывалых масштабов, однако есть пределы размерам правительственного финансирования и тем услугам, которые они могут оказывать. Правительства не могут спокойно взирать на всё возрастающие требования. Они сталкиваются со сложными дилеммами, стараясь принять решение, в каком направлении двигаться: они не всемогущи. Однако в плане эффективного управления ресурсами основная роль заключается в наблюдении и опеке, иными словами, следуя совету «гребни меньше, а больше направляй лодку по курсу» (2,3).

Управление ресурсами повсюду имеет и основные недостатки. В этой главе будут рассмотрены некоторые из них, после чего перейдем к обсуждению важных задач в этой области. Здесь будут обсуждены основные протагонисты, а также тактика осуществления управления ресурсами с учетом различных национальных особенностей. И наконец, здесь будут собраны воедино некоторые выводы из предыдущих глав в том, что касается тактических указаний для улучшения работы системы здравоохранения.

## КАКИЕ НЕДОСТАТКИ ИМЕЮТ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ СЕГОДНЯ?

«Министерства здравоохранения в странах с низким и средним уровнем доходов обладают определенной репутацией и считаются учреждениями государственного сектора, где в наибольшей степени процветает бюрократия, и управление которыми считается наименее эффективными. Эти учреждения были учреждены и начали свою деятельность в начале 20-го века, им была доверена огромная ответственность по финансированию и управлению широкой сетью государственных больниц и учреждений по оказанию первой помощи в послевоенный период. Они превратились в крупные централизованные оплоты бюрократии со своей иерархией, с трудно-преодолимыми и очень сложными административными правилами и постоянным штатом сотрудников, надежно защищенных законами о государственной службе. Министерства были раздроблены по многим вертикальным программам, руководство которыми часто осуществлялось, фактически как в феодальных княжествах, при полной зависимости от негарантированной финансовой поддержки и международного донора» (4).

Проблемы, упомянутые выше, сегодня присущи в большей или меньшей степени многим странам. Легко увидеть их последствия, но не всегда легко ответить на вопрос, почему эти проблемы происходят или как их разрешить. Часто потому, что люди, управляющие здравоохранением, страдают определенной патологией зрения.

**Министерствам здравоохранения часто свойственна близорукость.** Как результат серьезной близорукости в министерствах часто теряют из вида свою самую важную цель: широкие массы населения как таковые. Пациенты и потребители могут появиться в поле зрения, только когда рост общественного недовольства насильственно заставляет министерство обратить на них внимание. Более того, страдающие близорукостью министерства признают только ближайших действующих лиц в области здравоохранения, которые совсем не обязательно являются самыми важными, которые-то могут находиться на среднем или более далеком расстоянии.

Министерства имеют дело, в основном, с большим числом индивидуальных лиц или организаций, принадлежащих к государственному сектору, финансирование многих из которых часто осуществляется непосредственно самим этим министерством. Часто такое участие означает интенсивный профессиональный контроль и руководство. Но часто за пределами их поля зрения находятся, по крайней мере, две другие группы, которые играют значительную роль в системе здравоохранения, а именно: неправительственные поставщики медицинских услуг и работники здравоохранения на службе в областях, не связанных с медициной.

В силу своих размеров или потенциального влияния на цели, поставленные перед здравоохранением, и их достижение эти признанные отдельные лица или небольшие организации могут оказаться важнее государственных финансовых ресурсов,

выделяемых на здравоохранение. Однако о них зачастую бывает мало что известно, в отношении их часто отсутствует какая-то тактическая линия поведения. В Мьянме, Нигерии (5), или во Вьетнаме, например, объем расходов на медицинскую помощь, финансируемую и оказываемую частным образом, в три или четыре раза превосходит объем расходов в государственном здравоохранении. Однако многие различные категории частных поставщиков медицинских услуг в этих странах едва-едва признаны юридически и с точки зрения регулирования их деятельности.

Некоторые крупные программы медицинского страхования в Индии в настоящий момент не имеют никакого юридического статуса (6). В Европе и в Южной и Северной Америке дорожно-транспортные происшествия занимают четвертое место среди общего числа заболеваний. Однако часто участие министерства здравоохранения сводится в основном к роли управителя службами неотложной помощи, а не силы, которая пытается их предотвратить. За службы, которые финансируются из государственных источников, безусловно, несет ответственность государство. Однако частное финансирование и обеспечение *всех* действий органов здравоохранения, совершенно очевидно, должны лежать в поле зрения правительства как единого управляющего в интересах общества.

У министерств также отмечается близорукость в том смысле, что их зрение не позволяет им заглянуть достаточно далеко в будущее. Решения по инвестициям (в строительство новых зданий, оборудование и транспортные средства) зачастую находятся на переднем плане, тогда как серьезная хроническая потребность совершенствовать баланс между капиталовложениями и текущими расходами исчезает где-то в туманной дымке вдалеке.

*Трубчатое зрение в управлении* приобретает форму ориентации в исключительной мере внимания на юридической стороне дела и издании законов, декретов и гражданских приказов как тактических средств обеспечения работы здравоохранения. Ясные, существующие в письменном виде правила играют важную роль в выполнении управленческой функции. Однако составление законов – это процесс относительно простой и не требующий больших расходов. Он также часто не эффективен, поскольку министерства не имеют возможности контролировать их точное соблюдение: редко имеется достаточное количество инспекторов, чтобы посетить все продовольственные магазины и точки общественного питания, или инспекторов гигиены и безопасности труда, для того чтобы регулярно посещать все заводы и фабрики. В редких случаях бывает и так, что принимаемые санкции являются слишком мягкими и не способны ликвидировать уже сложившуюся противоречащую закону практику или повлиять на широко распространенное невыполнение законодательных норм.

Хорошо организованное управление должно опираться на *несколько* стратегий, чтобы оказать влияние на поведение различных держателей фондов системы здравоохранения. Среди них улучшение информационной системы здравоохранения, способность создавать коалиции, обеспечивающие поддержку со стороны различных групп, а также способность стимулировать инициативу, косвенно или в организационном плане. По мере передачи и децентрализации полномочий широкому ряду держателей фондов в системе здравоохранения возникает необходимость изменения всей стратегии управления и происходит отход от тактики «команд и контроля» в направлении обеспечения связанной структуры стимулов.

*Министерства здравоохранения иногда «закрывают глаза», «не замечают»*, когда обходят законы, которые они сами и ввели или которые, как предполагается, должны соблюдаться в интересах широких масс населения. Широко распространенным примером являются попустительства в отношении незаконного сбора платы государственными служащими, эфимистически называемой «неформальные налоги». Недавнее исследование, проведенное в Бангладеш, выявило, что неофициальные платежи оказались в 12 раз выше, чем официальные (7). В Польше вручение взяток за лечение приводится как распространенное ущемление прав пациентов (8). В результате подобной коррупции происходит материальное обогащение ряда работников здравоохранения, она не дает возможности бедным людям получить

тот вид услуг, который им необходим, делает финансирование здравоохранения еще более несправедливым и нарушает всю систему приоритетов здравоохранения.

«Не замечая» всего этого, управление оказывается совершенно подорванным, попечительство предано забвению, и возникает управленческая коррупция. Часто закрывают глаза, когда имеет место угроза общественным интересам и в другом отношении. Например, врачи иногда замалчивают, вследствие неправильно понимаемой профессиональной лояльности, случаи некомпетентного или небезопасного выполнения своих обязанностей их коллегами. В 1999 г. в отчете о проведенном в США исследовании отмечалось: «независимо от того, какой вид помощи оказывается, – профилактический, в острых или хронических случаях, она часто не отвечает профессиональным стандартам» (9). Гарантия полной честности при принятии решений по капитальным проектам, а также решений в отношении других крупных закупок (оборудование, фармацевтические заказы), где коррупция может оказаться особенно прибыльной, является еще одним неотъемлемым сложным моментом в деле обеспечения хорошего управления.

Некоторые недавние события создают дополнительные возможности для улучшения «зрения» и более совершенного управления. Например, наличие большей автономии при принятии решений по закупкам и обеспечению обслуживания снимает некоторую долю ответственности, которая лежит на центральных и местных правительственных органах. Но это создает новые задачи для правительства, т.к. становится необходимым обеспечение контроля за правильным выполнением закупок и обеспечением услуг в соответствии с общей политикой. В настоящее время накопленный опыт заключения контрактов (10), а также рост технического прогресса позволяют быстро и недорого проводить обработку огромных объемов информации, что, в принципе, облегчает деятельность управляющих по наблюдению за работой всей системы здравоохранения.

Необходимо вновь обратить особое внимание на овладение навыками управления всеми работниками здравоохранения. Для более совершенного определения роли и оценки степени осуществления фактического управления в различных областях необходимо проводить многократное концептуальное и практическое обсуждение. Однако уже сейчас можно определить некоторые основные задачи:

### Рамка 6.1. Тенденции в национальной политике здравоохранения: от планов к структуре

Создание руководящих документов в области национального здравоохранения имеет давнюю историю, их появление опережает, и стимулируется международным стремлением к совершенствованию первичной медико-санитарной помощи. Во многих случаях при централизованном планировании и развитии экономики тактика организации здравоохранения являлась частью плана национального экономического развития, причем основное внимание уделялось потребностям в инвестициях. Некоторые руководящие документы в области здравоохранения представляли собой просто набор проектов или планов по развитию определенных программ. Там игнорировался частный сектор и часто неправильно освещалось финансовое состояние и потребности населения. Часто имели место проблемы с выполнением этих проектов и планов.

Это совсем не значит, что во всех странах существует только формальная политика в области здравоохранения: это не так во Франции, Швейцарии и в США; в Тунисе не существует практики наличия единого формального руководящего документа; в Великобритании первый официальный документ был введен в 1990-х годах, в Португалии – в 1998 г. Срок действия той или иной политики зависит от степени необходимости введения фундаментальных изменений: например, в Индии до сих пор используется план 1983 года; в Монголии в период экономического переходного периода в 1996 году пересмотрели свой план принятый в 1991 г., а затем был вновь пересмотр в 1998г.

В настоящее время отмечается сдвиг в сторону более емких и не столь детальных политических документов, где определяется направление, а не

детали исполнения, как это сделано в Гане или Кении.

Документ о национальной политике в области здравоохранения<sup>1</sup>:

- определяет цели и основные политические вопросы;
- определяет, соответственно, роли государственного и частного секторов в области финансирования и обеспечения;
- определяет средства и организационные структуры, необходимые как в государственном так и в частном секторе, для обеспечения выполнения намеченных целей;
- намечает сроки создания мощностей и организационного развития;
- обеспечивает руководство и определяет приоритет использования финансовых средств, таким образом связывая анализ проблем с принятием решений относительно выделения фондов.

<sup>1</sup> Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development*. Geneva, World Health Organization/DANIDA/DFID/European Commission, 1997 (unpublished document WHO/ARA/97/12).

- разработка политики в области здравоохранения – видение ситуации и направления деятельности;
  - оказание влияния – методы регулирования;
  - сбор и использование информации.
- Ниже предлагается обсуждение этих задач.

## ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

Принятие четкой политики в области здравоохранения позволяет достичь нескольких целей, а именно: она определяет перспективный взгляд в будущее, что, в свою очередь, способствует установлению реперов на ближайший и средний период развития. Она позволяет установить приоритеты и определить роли различных групп. Благодаря этому создается консенсус, а люди получают необходимую информацию, в результате чего обеспечивается выполнение важной роли руководства. Задачи четкого формулирования и проведения политики в области здравоохранения, совершенно очевидно, ложатся на плечи министерства здравоохранения.

Как оказалось, в некоторых странах за последнее десятилетие не было принято никаких заявлений по национальной политике в области здравоохранения. В других странах политика существует в форме документов, на которых только скапливается пыль, и которые никогда не были приведены в действие. Слишком часто при планировании политики и стратегии в области здравоохранения предлагалось нереалистическое расширение финансируемого государством медицинского обслуживания населения, часто со значительным опережением роста развития национальной экономики страны. В конечном итоге представленный документ рассматривается как нереальный, и его просто игнорируют. В рамке 6.1 показано, как система составления обширных всеобъемлющих планов развития здравоохранения уступила место более гибкому «структурному» методу. В среднесрочном стратегическом плане развития здравоохранения Ганы указывается десять областей, развитие которых будет в значительной мере способствовать улучшению здоровья населения (см. рамку 6.2).

### Рамка 6.2 Среднесрочная политика Ганы в области здравоохранения

В Гане после многочисленных консультаций была определена следующая стратегия по обеспечению путей совершенствования здравоохранения.

- Перераспределение приоритетов в здравоохранении, что гарантирует уделение особого внимания при распределении финансовых ресурсов службам по оказанию первичной медико-санитарной помощи (т.е. службы, в результате работы которых происходит максимальное снижение смертности и заболеваемости).
- Усиление и децентрализация организационно-управленческого звена в системе национальной службы здравоохранения.
- Обеспечение связи между частными и государственными секторами здравоохранения для создания консенсуса, а также с той целью, чтобы все ресурсы были ориентированы на проведение общей стратегии.
- Расширение и реабилитация всей инфраструктуры здравоохранения с целью увеличения охвата и улучшения качества обслуживания.
- Совершенствование планирования кадровых ресурсов, управления ими и их подготовки как средство создания и обеспечения функционирования соответствующего числа высококвалифицированных и хорошо мотивированных групп работников здравоохранения для работы в сфере здравоохранения.
- Обеспечение соответствующей материально-технической базы и управление ею, включая лекарства и другие расходные материалы, оборудование и транспортные средства на всех уровнях системы здравоохранения.
- Усиление системы контроля и регулирования в рамках системы здравоохранения с целью обеспечения более эффективного выполнения программ.
- Усиление ответственности семьи и отдельных слоев населения за свое здоровье.
- Улучшение финансирования медицинского обслуживания путем обеспечения эффективного и качественного использования фондов, выделяемых правительством, неправительственными организациями, частными источниками, донорами и миссиями. Необходимо также провести анализ возможностей мобилизации дополнительных ресурсов, чтобы сделать обслуживание более доступным и приемлемым.
- Дальнейшее развитие межсекторальных связей с целью совершенствования системы здравоохранения, особенно в областях, связанных с питанием, трудоустройством, образованием, водоснабжением, санитарно-профилактическими мероприятиями.

В некоторых странах на первых этапах планирования политики проводятся консультации с общественностью. Используемые структурные планы периодически обновляются, и в них вносятся поправки. В тех странах, где внешняя помощь составляет важную часть ресурсов системы здравоохранения, большая роль в расширении такого подхода, его учет при планировании и претворении в жизнь отводится секторному методу (SWAP). Суть SWAP заключается в том, что под руководством правительства партнеры из числа финансирующих агентств выражают согласие совместно работать и тем самым поддержать ряд ясных тактических документов, часто при их выполнении совместно участвуя во многих процессах, таких как надзор, контроль, составление отчетов и закупка. В рамке 6.3 суммируется разработка SWAP – методов. Таким образом, в планировании здравоохранения заметны признаки выхода за пределы просто составления программ капиталовложений, дальнейшее продвижение в сторону консенсусных заявлений в отношении основ развития политики и системы.

В политическом документе должны быть отражены все три цели развития системы здравоохранения, определены стратегии совершенствования путей их достижения. Лишь в немногих странах имеются ясные и точные тактики обеспечения высокого качества медицинского обслуживания одинаково для всех слоев населения. Однако признание необходимости соединить эти два ценных элемента при осуществлении руководства отмечалось довольно давно (1). В рамке 6.4 описывается древняя система Hisba в исламских странах, при этом внимание обращается на её этические и экономические цели. В любом случае никогда нельзя забывать, что желательно соблюдать баланс между результатами в плане сохранения здоровья, способностью системы к быстрому реагированию и справедливостью при финансировании, о чем следует заявлять публично. Политика должна (и отчасти так иногда

### Рамка 6.3 SWAP: подходят ли эти методы для управления?

Секторный метод (SWAP) – это метод, при котором имеет место совместная работа правительств, спонсоров и других держателей фондов в рамках любого сектора. Для него характерно наличие ряда рабочих принципов, а не определенный пакет тактических линий или деятельности. Такой метод подразумевает продвижение во времени под руководством правительства в направлении: расширения диалога по вопросам тактики, разработки единой политики, проводимой сектором (с учетом проблем как частного, так и государственного секторов) и общего реалистичного плана расходов, общих мероприятий по осуществлению контроля, улучшения координации методов финансирования и снабжения.

Использование методов SWAP подразумевает готовность работать в направлении внесения изменений, а не стремиться сразу же к полному достижению всех намеченных целей.

Этот метод подразумевает внесение изменений в методы совместной работы правительства и донорских организаций, а также в требуемый уровень квалификации сотрудников и систем.

Этот метод начал укореняться, главным образом, в некоторых из тех стран, экономика которых особенно зависит от внешней помощи. Он развивался благодаря заботам как правительства, так и доноров в отношении результатов исторически сложившихся методов получения помощи в развитии, что зачастую подразумевало использование комбинации макроэкономического регулирования, «закрывая глаза» на социальный сектор, и проектов «секторной фрагментации». Многие из таких стран находятся в Африке, например: Буркина Фасо, Эфиопия, Гана, Мали, Мозамбик, Сенегал, Уганда, Объединенная Республика Танзания и Замбия. Другая часть стран, где обсуждаются или активно принимаются методы SWAP, находится в Азии, например: Бангладеш, Камбоджа и Вьетнам.

Эволюционное развитие SWAP требует времени. В Гане к тому времени, когда единая секторная программа Министерства здравоохранения была поддержана донорами, страна уже прошла 10 лет институционального развития, 4 года были отданы работе по основной политике /стратегии, 3 года –

усилению ключевых управленческих функций, 2 года заняли переговоры, планирование, разработка и 1 год ушел на ошибки и просрочки<sup>1</sup>.

Камбоджа и Вьетнам находятся на первой стадии обсуждения с донорами вопроса введения секторной тактики развития. В других странах прогресс наблюдается только в сторону разработки и согласования в рамках структуры единой секторальной политики и расходов на среднесрочный период. Наименьший прогресс отмечается в отношении принятия мер по организации общего финансирования и материально-технического обеспечения.

Методы SWAP способны помочь хорошей системе распределения фондов. Wait и коллеги пытаются доказать, что методы SWAP следует рассматривать как возможный способ укрепить способность правительства осуществлять надзор за всей системой здравоохранения, разрабатывать тактику и сотрудничать с держателями фондов за пределами госсектора<sup>2</sup>. Но, что самое важное, методы SWAP зависят от кругозора и руководящей роли национального правительства.

<sup>1</sup> Smithson P. Cited in Foster M. *Lessons of experience from sector-wide approaches in health*. Geneva, World Health Organization, Strategies for Cooperation and Partnership, 1999 (unpublished paper).

<sup>2</sup> Wait G et al. Managing external resources in the health sector: are there lesson for SWAPs? *Health Policy and Planning*, 1999, 14(3): 273-284.



бывает) определять – каким образом следует совершенствовать ключевые функции системы.

В том, что касается обеспечения обслуживания, должны быть признаны все поставщики, а их роль в будущем – большая в некоторых случаях, меньшая в других – должна быть четко определена. В плане финансирования необходимо указать пути и способы снижения зависимости от выплат наличными и увеличения предоплат. Следует признать роль основных финансовых организаций (как частных, так и государственных, внутри страны и за её пределами) и хозяйств, а также определить их будущее направление. Необходимо также прояснить сам механизм управления, разработанный для того, чтобы регулировать и контролировать, как изменяются указанные функции в соответствии с выбранной политикой. Весьма вероятно, что здесь появятся возможности у представителей потребителей сбалансировать интересы поставщиков.

Существует опасность, когда те или иные тактические линии или полностью стратегии проведения реформ начинают ассоциироваться с определенной политической партией или министром здравоохранения. Независимо от того, насколько хорошей или плохой является предлагаемая тактика, она становится весьма уязвимой. Когда кончается срок полномочий такого министра или политическая партия уходит со сцены, этой тактике тоже приходит конец, и часто еще до того, как ей удалось добиться успеха или потерпеть неудачу, т.к. приходящий на смену министр или его администрация редко изъявляют желание продолжить работать под знаменем своего предшественника. Как частая смена высшего административного руководства, так и политический настрой его окружения представляют большую опасность для обеспечения хорошего управления делами (11). Установившееся хорошее управление способно снизить опасность «захвата в личные руки» тех или иных тактических направлений, создавая себе поддержку в лице хорошо информированных представителей посредника, а также гарантируя широкое распределение интересов, умений и знаний, необходимых для поддержания определенного направления развития.

Все остальные задачи управления делами касаются проведения в жизнь предложенного курса, что значительно отличается от разработки и его продвижения.

## УТВЕРЖДЕНИЕ ПРАВИЛ, ГАРАНТИЯ ИСПОЛНЕНИЯ

Повсеместно считается, что за регулирование несут ответственность министерства здравоохранения или в некоторых странах министерства социального обеспечения. Здесь подразумевается как разработка правил, в соответствии с которыми должны действовать работники здравоохранения, так и обеспечения их выполнения. В соответствии с задачами по разработке курса развития и сбору информации регулирование должно охватывать всю деятельность всех работников здравоохранения, а не только сотрудников министерства здравоохранения или только государственный сектор. Тогда как система общественного здравоохранения богата различными регламентирующими документами, совсем в небольшом числе стран (как с низким, так и с высоким доходом) были разработаны соответствующие стратегии управления фондами при частном финансировании и обеспечении медицинского обслуживания. Переосмысление и создание ряда последовательных методов управления, применимых в отношении частных поставщиков и источников финансирования, в соответствии с национальными целями и приоритетами, представляет собой задачу первостепенной важности для большинства стран.

*Регулирование может либо повысить уровень, либо ввести ограничения.* Так как частный сектор состоит из большого числа различных участников, принятый страной курс должен тщательно разграничивать, где следует содействовать, а где ограничивать. Для частного сектора вряд ли может подходить однозначное решение. С точки зрения содействия развитию частной практики могут быть предложены четкие стимулы, как например, продажа государственных активов, предоставление предпочтительных займов или бесплатное выделение земли. Могут быть пред-

#### Рамка 6.4. «Hisba» – система управления в исламских странах

Система Hisba была разработана с целью осуществления функции управления в исламских странах более 1400 лет назад. Система Hisba является одновременно нравственным социально-экономическим институтом, основная цель существования которого является проповедование добра и запрещение зла. Функции muhtasib – главы системы Hisba можно классифицировать на три категории: во-первых, те, Богу и его правам, затем те, которые относятся к человеку и его правам, наконец, те, которые имеют отношение к обоим.

Вторая и третья категории связаны с общественными делами и муниципальным администрированием. Основным принципом Hisba являлось совершенствование социальных норм и разработка системы, необходимой для того, чтобы обеспечить выполнение этих норм в различных слоях общества.

Первой muhtasib в Исламе была женщина по имени Al Shifa, которую

назначил на эту должность в Медине (столице Исламского государства) второй калиф Omar ibn Al Khattab почти 1450 лет назад, и её роль заключалась в контроле за рынками. Другая женщина, по имени Samra bint Nuhayk, была наделена такими же полномочиями в Мекке, втором городе, тем же калифом.

Muhtasib мог(ла) назначать штат технически квалифицированных сотрудников для осуществления надзора за функционированием различных ремесел, торговли и государственных служб, включая медицинское обслуживание. Они получали жалобы от населения, но могли также и сами приказывать провести расследование по своей собственной инициативе.

Медицинское обслуживание также регулировалось системой Hisba. Врачи и другие специалисты должны были сдавать экзамены по специальности, а также они должны были иметь необходимое оборудование прежде, чем им будет выдана лицензия. Muhtasib

должны были обеспечить соблюдение практикующими врачами нравственных и этических норм, включая справедливое предоставление услуг и защиту интересов широких масс. Что же касается фармацевтического обслуживания, то были подготовлены технические публикации, включая монографии с описанием стандартов и технических условий для различных лекарств, а также указывались методы обеспечения качества.

Данная система также включала в себя определенные механизмы инспекции и принуждения.

Как и многие другие институты управления, система Hisba претерпела значительные изменения с приходом западной колонизации: функции её были преобразованы и переданы ряду светских департаментов, и её нравственное содержание снизилось.

Материал представлен Региональным бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья.

Источник: Al-Shaykh al-Imam Ibn Taymiya. *Public duties in Islam: the institution of the Hisba*. Markfield, UK, The Islamic Foundation, 1985.

ложены налоговые льготы с целью повышения уровня частного обслуживания при отсутствии или небольшой степени государственного регулирования поведения поставщиков на рынке. В Китае была повторно легализована частная практика в восьмидесятых годах, что способствовало развитию совместных государственно-частных предприятий по владению больницами. Министерство финансов Таиланда предлагает налоговые стимулы частным инвесторам больниц.

С другой стороны, часто могут создаваться существенные препятствия при вступлении на рынок, как например, правовой запрет на ведение частной практики. Так до сих пор обстоит дело на Кубе и так было раньше в Эфиопии, Греции (для больниц), Мозамбике, Объединенной Республике Танзании и некоторых других странах. Положение между этими двумя крайностями занимают такие курсы развития, при которых допускается относительно свободное вступление на рынок, обеспечиваются умеренные стимулы или имеются ограничения условий выхода на частный рынок, включая введение некоторых стандартов рыночных отношений, а также некоторую степень надзора и принуждения.

Правительственные организации (но не министерства здравоохранения) и сами частные инвесторы часто ищут стимулы для улучшения возможности развития частного сектора. Министерства финансов, торговли и развития часто выступают за поддержку увеличения частных инвестиций в здравоохранение, что соответствует политике всеобщей экономической демократизации.

Есть основания полагать, что эта политика поддержки имеет успех и вносит вклад в рост частного финансирования и материально-технического снабжения (12,13). Однако она имела также серьезные недостатки: увеличивается неравенство, отмечается разное качество обслуживания и неэффективность. Министерство здравоохранения должно заранее знать о том, какие условия оно поставит, чтобы подобные капиталовложения способствовали повышению качества, эффективности и справедливости системы здравоохранения, а также и то, как защитить точку зрения, что здравоохранение – это нечто *совсем иное*, чем другие секторы экономики.

Вред, который наносится злоупотреблением рыночными отношениями, трудно поправить после свершения факта. США, пожалуй, является страной, где лучше всего документированы попытки сторонников регулирования охватить им частное

медицинское страхование (14). Правительства штатов имеют много законов, правил и способов принуждения в отношении представителей частного страхования в США, что позволяет обеспечить справедливую конкуренцию, качество и вообще защитить потребителей от мошенничеств рыночной системы. Для развития такой системы регулирования потребовалось много лет, и она еще далека от совершенства: при данной системе отсутствует гарантия страхования для каждого. Недавние правовые изменения облегчили возможность частного страхования, но не сделали его доступным для мелких работодателей и отдельных лиц. Частные работодатели разработали различные способы уклонения от этих правил с целью попадания под действие не столь жестких федеральных законов. Однако при этой системе исключаются многие злоупотребления (деятельность нездоровых с финансовой точки зрения, и беспринципных страховых агентов) и существует возможность улучшить состояние дел во многих трудных рыночных ситуациях. Аналогичный опыт в плане регулирования практики частного страхования в области здравоохранения накоплен в Чили и Южной Африке. В Южной Африке были недавно изменены принятые ранее законодательные акты в отношении программ медицинского страхования, чтобы уменьшить отбор рисков и в большей степени способствовать созданию пула рисков (см. рамку 6.5).

В Чили не смогли установить четкие контрактные обязательства для частных страхователей или запретить отсеивать клиентов на основании факторов риска этими частными компаниями вследствие политического влияния страховщиков и их клиентов. Если проходит большой период времени между вступлением в рынок и введением правил регулирования поведения на рынке, то, как показывает опыт, введение в силу этих правил становится политически очень трудновыполнимым делом (15, 16).

Более умеренной формой стимулирования участия частного сектора является заключение контрактов между государственными покупателями и частными поставщиками. В Ливане, например, 90% больничных коек принадлежат частному сектору, а неправительственные организации предоставляют амбулаторную помощь примерно 10-15% населения, особенно бедным. Из-за необходимости министерство здравоохранения заключает контракты почти со всеми частными больницами на предоставление предварительно оговоренного числа коек для обслуживания больных государственного сектора (17). Но, однако, правительство не использует данный инструмент регулирования в полной мере. Тактика возмещения затраченных средств позволяет проводить ненужную госпитализацию и чрезмерно использовать предоставленные услуги, что приводит к эскалации расходов; частные больницы функционируют в значительной мере при отсутствии регуляторных норм, что ведет к неконтролируемому капиталовложению. А это, в свою очередь, может привести к давлению в отношении необходимости постоянной государственной финансовой поддержки, что, возможно, будет оправдывать дальнейшее инвестирование. При правильном управлении обеспечивается согласованность в предложении различных льготных условий на разных уровнях государственного аппарата.

**Обеспечение регулирования требует финансовых ресурсов.** Осуществление регуляторного надзора и контрактная политика предполагают различные оперативные расходы как со стороны правительства, так и поставщиков и страховщиков, что может повлечь за собой возможное снижение экономии средств в рамках указанных стратегий. В Соединенном Королевстве Великобритании и в Новой Зеландии (18) хорошо осознавали необходимость таких затрат, когда выдвигались предложения о разделении роли покупателей и поставщиков. Часто отсутствие преданности делу и нехватка фондов мешают правительству выполнить свои регуляторные обязанности, как старые, так и новые. Это говорит о том, что создание потенциала в плане умения правильно заключать контракты и осуществлять надзор крайне необходимо и может быть осуществлено путем привлечения к работе штата высококвалифицированных сотрудников, повышения квалификации уже работающих сотрудников, а также оказания им необходимой помощи.

Отсутствие должной квалификации персонала или нехватка ресурсов часто называются как причины существования устаревших регуляторных структур или несоответствующего выполнения существующих требований (4). Часто в вину ставится отсутствие законодательных полномочий. Например, в конце 1970-годов в Шри Ланке было ликвидировано управление частной практикой со стороны врачей, состоящих на государственной службе, и вообще была проведена либерализация экономики, что увеличило приток капитала (19). Однако министерство здравоохранения не смогло оперативно зарегистрировать быстро растущее количество частных поставщиков. У него не было стратегии регулирования, отсутствовал персонал, который бы отвечал за взаимодействие с частным сектором, у него также отсутствовали и соответствующие законодательные полномочия, и оно не могло брать на себя выполнение стольких задач. Единственный существующий Закон требовал регистрации домов престарелых и инвалидов, а не частных клиник или врачей. Закон находился на рассмотрении с 1997 г. и никак не был введен в действие. Однако новый отдел Минздрава по развитию и управлению частным сектором был утвержден в 1998 году.

В Египте большинство врачей совмещают работу в государственных лечебных заведениях с частной практикой. В результате большая часть их деятельности ускользает из-под надзора и управления. Аналогичная практика широко распространена в Латинской Америке. В Индии темпы развития механизмов контроля, не говоря уж об управлении деятельностью частного сектора, не успевают за его

#### Рамка 6.5 Южная Африка. Регулирование рынка частного страхования с целью увеличения пула рисков

Правительство, которое пришло к власти в 1994 г. после первых демократических выборов в Южной Африке, обнаружило, что в структуре сектора здравоохранения, как в зеркале, отражались все грани неравенства, существующие в обществе. На долю давно учрежденной и хорошо развитой индустрии частного здравоохранения приходилось 61% финансовых ресурсов, выделяемых на здравоохранение, хотя она обеспечивала нужды только богатых 20% населения. Огромное большинство населения должно было рассчитывать на неудачно распределенные, страдающие от нехватки фондов и фрагментарные государственные службы. Огромный рост цен в частном секторе обычно превосходил инфляцию в период конца 1980-х и 1990-х годов. Частный сектор реагировал на это путем ограничения перечней услуг, увеличения соучастия в расходах и ускорения исключения участников с высоким риском из страхования, тем самым обостряя проблему неравенства.

Реакцией нового правительства на эти явления было введение нового законодательства для медицинских программ с предложением пакета минимальных услуг и увеличением пула рисков. Ниже приводятся основные принципы и цели, лежащие в основе Акта.

- **Коммунальный рейтинг.** Для конкретного продукта или опциона единственным основанием для изменения страхового взноса может являться размер семьи и доход. Проведение рейтинга по риску или возрасту запрещено.
- **Гарантия доступности.** Ни одного человека, если он может позволить себе страховой взнос на уровне коммунального рейтинга, нельзя исключить на основании возраста или состояния здоровья.
- **Увеличение пула рисков.** Ограничения на допустимые размеры вкладов и накоплений за счет индивидуальных накопительных медицинских счетов должны гарантировать, что большая часть вкладов стекается в общий пул рисков.
- **Содействие расширению пожизненного страхования.** Коммунальный рейтинг и гарантированная доступность будут дополнены повышением страховых взносов для тех, кто решит приобрести страховой полис в пожилом возрасте. Это позволит иметь значительные льготы при доступном пожизненном членстве.
- **Предлагаемые минимальные льготы.** Каждая медицинская программа должна гарантировать полное покрытие всей стоимости лечения определенного числа отдельных оговоренных состояний и необходимых процедур в

государственных учреждениях, что значительно снизит процент «выброса» больных на попечение государственного бюджета.

В 1995 году Министерство здравоохранения назначило комитет по исследованию. Была создана небольшая техническая группа по подготовке нового законодательства для медицинских программ. Данная группа представила свой первый документ для обсуждения в 1996 г. и провела широкое обсуждение своих предложений с основными посредниками. Дискуссии и дебаты продолжались до середины 1997 г., их результатом явилось принятие официального документа.<sup>1</sup> После некоторого периода горячих открытых споров в процессе юридического оформления документа 1 января 2000 г. вступил в силу Акт по медицинским программам, спустя три с половиной года после создания комитета. Одна важная группа получит немедленную выгоду, а именно: ВИЧ-инфицированные члены медицинских программ теперь получают субсидии при оказании медицинской помощи, сюда входит получение лекарств для лечения оппортунистических инфекций, тогда как ранее они были исключены или же их право на льготы было ограничено до очень низкого уровня.

Материал предоставлен Т. Patric Masobe, департамент здравоохранения Южной Африки.

<sup>1</sup> *Reforming private health financing in South Africa: the quest for greater equity and efficiency.* Pretoria, Department of Health, 1997.

расширением, несмотря на большую озабоченность в отношении качества оказываемой помощи. Профессиональные медицинские работники хорошо знают о существовании законов в отношении частной практики, но также им известен и тот факт, что законы эти плохо или совсем не выполняются и что деятельность профессиональных ассоциаций, которые номинально несут ответственность за самоуправление, также не эффективна.

Когда врачи, состоящие на государственной службе, незаконно используют государственные средства оказания специализированной медицинской помощи частным пациентам, то получается, что государственный сектор субсидирует неофициальную частную практику. Почти невозможно запретить проведение частной практики медицинским работникам, состоящим на государственной службе, но могут быть предприняты некоторые шаги, гарантирующие, что специалисты, занимающиеся частной практикой, действуют на условиях справедливой конкуренции, а не процветают за счет дополнительного приработка за государственный счет (20, 21). Гарантия того, что пациенты, широкие массы населения, средства массовой информации, а также сами работники знают правила, является важным фактором регулирования взаимоотношений между государственным и частным секторами.

*Эффективное обслуживание в государственном секторе само может являться регуляторным инструментом.* Развитие эффективных государственных систем обеспечения и финансирования приобретает даже еще большую важность, если проведение государственной политики направлено на ограничение развития частного рынка здравоохранения или же когда отсутствуют ресурсы для предотвращения нежелательных рыночных «обвалов». Тогда государственный сектор должен реагировать на изменения потребностей потребителей, на введение новых медицинских технологий и на разумные ожидания профессиональных работников здравоохранения. Сильный государственный сектор может даже являться хорошим средством регулирования развития частного сектора и защиты потребителей, если развитие первого позволяет держать частный сектор в состоянии конкуренции в том, что касается цен и качества обслуживания.

Однако слишком часто государственный сектор оказывается неконкурентоспособным в плане обеспечения качества и способности быстро реагировать, несмотря на наличие субсидий и бесплатного обслуживания. Если государственная система будет продолжать ухудшаться или не будет происходить её постоянное улучшение, огромное ненужное количество ресурсов и внимания будет перенаправлено на поимку нарушителей, работающих на «черном рынке», а рост незаконных платежей будет подрывать стремление к обеспечению равенства.

Законы, которые редко соблюдаются, являются сами приглашением к злоупотреблению. Сейчас на повестке дня во многих странах стоит вопрос об обеспечении более строгого надзора и регулирования деятельности работников и страховщиков частного сектора. Однако прогресс отмечается очень медленный, если вообще он здесь возможен. Это наводит на мысль, что страны должны не только рассматривать вопрос о влиянии частного сектора на государственный и разработать структуру регулирования в целях ограничения вредного воздействия, но также взять на себя постоянное обязательство проведения в жизнь этих законов за счет инвестиций, направленных на повышение уровня знаний и квалификации сотрудников регуляторных органов. После проведения исследования в Шри-Ланке был сделан вывод, что «медленное реагирование в 1980-х годах значительно затрудняет регуляторные задачи 1990-х: некоординированный и неконтролируемый рост частного сектора сделал рыночные условия более сложными и еще больше укрепил интересы поставщиков и пользователей» (19).

Профессиональное самоуправление, в отличие от личной корысти, служит делу обеспечения хорошей практики. При создании профессиональной организации медработники берут на себя выполнение нескольких основных задач управления, а именно: регистрацию и сертификацию членов, обмен опытом, а иногда и организацию стажировки на рабочем месте. Небольшая финансовая поддержка таких организаций может гарантировать министерству здравоохранения получение

основной необходимой информации в отношении работников, оказывающих помощь частным образом, особенно при амбулаторном обслуживании. В некоторых странах Восточной Африки, где большая часть медицинской помощи оказывается религиозными группами, эту роль уже выполняют центральные, неправительственные координирующие органы. Часто также встречаются национальные медицинские ассоциации, также существуют ассоциации врачей традиционной практики.

Недавние реформы в Нидерландах указывают на трудность достижения компромисса между обеспечением более сильного руководства с целью защиты потребителей и увеличением степени равноправности обслуживания и наличием более свободных законов, что позволяет усилить конкуренцию (см. рамку 6.6).

Развивающиеся страны также претворяют в жизнь тактики развития, способствующие тому, что медработники, работающие частным образом, действуют для блага широких масс населения. Помимо примера Южной Африки, в рамке 6.5 упоминается Национальная политика Бангладеш в области производства и распространения лекарств, принятая в 1982 году, которая запрещает импорт и продажу всех неосновных лекарств. В результате примерно 1666 наименований лекарств, которые сочли неэффективными или вредными, были запрещены, а примерно 300 были разрешены для продажи. Правительство также осуществляет надзор за качеством продукции, производимой всеми изготовителями, а также проводит обучение людей, занятых розничной торговлей лекарственными препаратами, информируя их о рациональном использовании лекарств. «Благодаря сочетанию надзора в государственном секторе и частной инициативы большое число населения получило возможность приобретения основных лекарств по разумным и фиксированным ценам на продукцию, производимую на внутреннем рынке страны» (22).

**При управлении необходим диалог.** В странах, где осуществляется более строгий надзор за работой частного сектора, правительства держат свою регуляторную систему, в большинстве случаев, на расстоянии вытянутой руки от работников частного сектора, деятельностью которых они руководят. Если они этого не будут делать, частный сектор сможет подорвать систему через «захват регуляторной власти», то есть заставив регуляторов сделать регуляторное законодательство более благоприятным для их нужд. Но «на расстоянии вытянутой руки» не означает отсутствие коммуникации. Диалог между государственными руководящими работниками или регуляторами и работниками частного сектора является критическим фактором в деле выполнения их регуляторных функций. Для правильного осуществления руководства правительство должно быть способно не только хорошо видеть, но и слышать. Группы, в составе которых имеются представители как государственного, так и частного секторов, обеспечивают ценный вклад в дело разработки курса развития и составления законодательных норм, проводя оценку той помощи, которую способны оказать работники частного сектора, чтобы помочь достижению целей государственного здравоохранения, не нанося при этом ущерба

#### Рамка 6.6 Введение системы медицинского страхования в Нидерландах

Новая система медицинского страхования в Нидерландах, которая была введена в действие в 1999 г., впервые потребовала от всех страховщиков представить единый полный пакет льгот. При этом данная система, позволяющая людям получать субсидии, помогающие им купить обязательную медицинскую страховку у конкурирующих страховых фирм, способствовала усилению конкуренции. Страховые фирмы получают от правительства вы-

платы на душу населения с учетом степени рисков и отдельно по единой ставке взносы от каждого застрахованного лица. Чем продуктивнее работает страховая фирма, тем ниже взносы, выплачиваемые застрахованными лицами. Страховым агентствам также разрешено соглашаться на более низкие цены, чем те, которые официально приняты поставщиками, что было запрещено ранее. В результате частные страховые фирмы появились вновь на

рынке впервые после 1941 г., и как страховщики, так и поставщики услуг начали сотрудничать в деле по повышению качества обслуживания, что и стало основным моментом в конкуренции среди страховых фирм. Цена перестала быть основой конкуренции.<sup>1</sup> Нововведение новой системы затруднило выполнение цели по ликвидации неравенства, так как более обеспеченные люди могут авансировать приобретение более обширных пакетов льгот.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Van de Ven W, Schut F. Should catastrophic risks be included in a regulated competitive insurance market? *Social Science and Medicine*, 1994, 39 (1): 1459–1472.

<sup>2</sup> Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, UK, Open University Press, 1998.

своим успешным действиям на рынке. Недостатком таких процессов можно считать тот факт, что они замедляют быстроту проведения реформ. И даже при наличии строгого надзора и регулирования деятели частного сектора могут послужить ослаблению регуляторного аппарата в результате оказания политического давления.

В заключение следует сказать, что можно сделать следующие важные выводы для развития регуляторных структур управления частным рынком в системе здравоохранения:

- Структуры должны быть учреждены до какого-либо значительного запланированного расширения за счет экономических стимулов и принудительно введены, как только частные рынки начнут реагировать на стимулы.
- Регуляторные правила необходимо постоянно обновлять в целях обеспечения их соответствия изменениям на политической сцене.
- Улучшение качества, увеличение доступности обслуживания и повышение эффективности требуют для своего выполнения, каждый в отдельности, разных регуляторных инструментов.
- Регуляторные органы должны стремиться к достижению баланса между стремлением избежать захвата регуляторных механизмов частным сектором и поддержанием диалога с ними с целью обеспечения реалистичной регуляторной структуры.
- Там, где правительства стремятся ограничить деятельность частного сектора, они должны гарантировать, что государственный сектор будет эффективно реагировать на потребности потребителей.

Правительства должны взять на себя постоянное обязательство проведения в жизнь этих законов и правил за счет инвестиций, направленных на повышение уровня знаний и квалификации сотрудников регуляторных органов, для обеспечения соответствия этого уровня развитию рынка.

## ПРОЯВЛЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ, ОБМЕН ЗНАНИЯМИ

Руководство – это пронизательность, интеллект и влияние. Без хорошего понимания того, что происходит во всей системе здравоохранения, министерству здравоохранения невозможно разработать стратегии оказания влияния на поведение групп с различными интересами путем поддержания или, по крайней мере, не вступая в конфликт с общими целями проводимого курса развития здравоохранения.

Хорошая система сбора информации, как в смысле информации, так и понимания, должна быть селективной с точки зрения информации, предлагаемой ею для принятия решений на вершине власти. Но её нужно собирать на основе ситуации в низовых звеньях. Кто в первую очередь обеспечивает выполнение услуг, и какие трудности они представляют для выполнения целей проводимой политики здравоохранения? Что является причиной дисбаланса и узких мест в производстве вложений, и какой вариант курса развития кажется наиболее приемлемым? Каковы основные источники финансирования и благодаря введению каких стратегий удастся обеспечить более высокую и более справедливую предоплату? Каковы главные способы использования финансовых средств и введение какой политики позволит обеспечить более эффективное распределение ресурсов?

В большинстве систем здравоохранения собирается огромное количество информации, способной засорить работу системы. В состав такой информации могут входить счета, личные дела сотрудников, инвентарные записи, журналы регистрации транспорта, отчеты о деятельности (ежедневные, программные, управленческие, палатные, о назначениях лекарственных средств и по больным) в каждом лечебном учреждении, а также личные карточки больных. Во многих министерствах здравоохранения сотрудники тратят тысячи часов каждый месяц на работу по компиляции информации, которая никогда не используется. Как основное

правило управления следует отметить необходимость значительного сокращения на всех уровнях количества информации, проходящей через систему.

В целях осуществления управления могут потребоваться только периодические краткие отчеты с указанием географических или временных изменений. Информация по распределению и роли государственного сектора здравоохранения, а также по выделению бюджетных средств может помочь выявить неоправданные изменения. Но еще большую важность для управления представляют отсутствующие звенья информации и анализ. Лишь в небольшом числе стран с низким или средним уровнем доходов сегодня имеется надежная информация по уровням и источникам неправительственного финансирования или обеспечению системы здравоохранения. Как видно из отчетов о состоянии национальных счетов здравоохранения, представленных в таблице 8 Приложения, это типично для таких стран. В большинстве стран очень мало известно о том, чего ждут люди от здравоохранения, или о структуре сложных рынков предоставления помощи на негосударственном уровне. Без этих данных невозможна оценка того, как реагирует система, или насколько справедливо осуществляется финансирование, или каков характер промежуточных мер, таких как качество и доступность обслуживания. Если картина неполная, не может быть обеспечено правильное управление.

**Сбор информации требует наличия ресурсов.** Для современного управления требуется другой тип информации и её интерпретации, в отличие того, что необходимо для ежедневного руководства обеспечением обслуживания. Должно ли министерство здравоохранения собирать эту информацию? Нет причин предполагать, что затраты, необходимые для обеспечения ресурсов и необходимой квалификации персонала, занятого исследованием информации для нужд современного управления, будут выше тех, которые необходимы для организации традиционных систем управления здравоохранением. Конечно, необходимы новые умения в области регулирования, координации и коммуникации. Но министерство здравоохранения уже может обладать некоторыми преимуществами.

Во-первых, широкая национальная сеть медицинских работников и руководящего состава, занятых в государственном секторе здравоохранения, обладает квалифицированными специалистами для выполнения работы по инвентаризации и составлению отчетов. Работники здравоохранения районного уровня способны быстро собрать исходные данные, составить списки для регистрации поставщиков услуг в негосударственном секторе. Во-вторых, министерство здравоохранения обладает моральным правом лицензирования и аккредитации поставщиков услуг, таким образом, оно может само нанимать штат своих сотрудников в процессе оценки. В-третьих, работники здравоохранения находятся в постоянном контакте с населением, и их положение позволяет им проводить опрос людей относительно того, что они лично стремятся и ожидают получить в рамках медицинского обслуживания. Таким образом, министерство здравоохранения может являться огромным потенциальным источником в плане совершенствования управления, начиная с его участия в деле по улучшению системы сбора данных по работе всей системы.

Однако не вся работа по сбору и обмену информацией может быть лучше всего выполнена сотрудниками министерства. Научно-исследовательские институты, университетские кафедры, некоторые негосударственные организации (23, 24), а также районные и международные консалтинговые фирмы могут выполнить работу по инвентаризации и отчетности гораздо быстрее и точнее. Для руководства ими министерству потребуется приобретение знаний и умений по заключению контрактов и осуществлению надзора.

Для осуществления управления также требуется информация, чтобы иметь возможность оказывать влияние на характер и состояние происходящих событий. Распространение информации обеспечивает, например, должную помощь как для разработки курса развития, так и для регулирования. Оно также дает возможность министерству создать соответствующее общественное мнение, необходимое для поддержки проводимого курса, а также обеспечить защиту и не допускать некомпетентное выполнение работы или коррупцию, свойственные некоторым



заинтересованным группам в системе здравоохранения. Это помогает при проведении обсуждения с общественностью направлений развития на основании достоверных данных. Способы распространения технической информации могут также являться частью программ по созданию мощностей в рамках системы здравоохранения, а особенно в министерстве здравоохранения.

При распространении информации следует сосредоточивать внимание на открытом освещении наиболее сложных задач управления, как с целью информации, так и для консультативного обсуждения. Установление очередности задач, о чем шла речь в Главе 3, только недавно начало проводиться в ходе общественного обсуждения в небольшом числе стран. В ходе таких обсуждений часто возникают шумные споры и путаница вследствие отсутствия правил. Роль министерства заключается в прояснении правил, а именно: при учреждении приоритетов необходимо принимать во внимание тяжесть болезни, рентабельность проводимых мероприятий и стоимость существующего способа решения проблемы. И оно может прислушаться к высказываемым пожеланиям в отношении стоимостной основы установления приоритетов, как это произошло в Швеции и штате Орегон, США (25). Права и обязанности различных участников процесса могут быть прояснены в ходе стратегии распространения информации таким образом, чтобы придать еще больший вес проблемам, вызывающим беспокойство. Например, в тех ситуациях, где преобладает неформальная оплата за оказываемые услуги, работников могут, по крайней мере, попросить представить общественности полный расчет стоимости процедур, а пациентам предложить высказать свои жалобы относительно тех случаев, когда имеет место взимание дополнительной платы.

Во многих странах уже предпринимают шаги по охране прав пациентов, как это видно из Рамки 6.7. Даже при отсутствии законодательных норм таким понятиям, как права пациентов и обязанности тех, кто оказывает помощь, может быть придано большее значение и оказана поддержка в результате активного управления. В тех

### Рамка 6.7 Реакция системы на заявления пациентов о своих правах

С конца 1970-х годов отмечался медленный рост признания прав пациентов, таких как уважение достоинства личности и право на самостоятельность решений.

Быстрый прогресс в медицине, естественных науках и технологиях способствовал росту возможных ожиданий пациентов, т.е. лучше информированные пациенты начали отстаивать свои права при обращении к специалистам. Все в большей степени начали учитывать права пациентов при составлении законодательных актов: в законах по определенным вопросам или в законах о правах граждан, распространяющихся на области, выходящие за пределы просто оказания медицинской помощи. Законодательство может обеспечить пациентов прямыми законными правами в их взаимоотношениях с медработниками, оказывающими им помощь, или может помочь улучшить их положение, например, благодаря закону о деятельности администраций здравоохранения и больницы сертификации. Саморегулирование – добровольные соглашения в форме профессиональных кодексов или образцов контрактов, разработанных совместно потребителями и организациями, объединяющими поста-

щиков медицинской помощи, также играют определенную роль. Введение законодательных основ открывает новые области для саморегулирования: например, имеющиеся в системе законы о врачебной тайне и конфиденциальности могут, например, заставить учреждения разработать свою собственную систему указаний по защите сведений о пациентах.

В национальном законодательстве по правам пациентов можно выделить три типа подхода к решению этой проблемы. В некоторых странах принят один единый закон (например, в Сан-Марино в 1989г., Финляндии и Уругвае в 1992, в Нидерландах в 1994, Израиле и Литве в 1996, Аргентине и Исландии в 1997, Дании в 1998 и Норвегии в 1999). В других странах права пациента внесены в законодательство, действующее в системе здравоохранения, или в некоторые законы о здравоохранении (например, в Канаде (Новый Брунсуик) и Греции в 1992г., Франции в 1992-94, Австрии – в 1993, Гонконге – в 1995, Белоруссии и Канаде (Онтарио) в 1996, Грузии и Гвинеи в 1997 и в США в 1999). Кроме того, есть страны, где посчитали более подходящим, в соответствии со сложившимися традициями в законодательстве, ввести хартии по правам

пациентов, имеющие различный юридический статус в качестве национальной политики в области здравоохранения. Часто эти хартии являются составной частью законодательства об учреждениях системы здравоохранения, так это было сделано во Франции (1974-95), Ирландии (1991), Великобритании (1991-95) и Португалии (1997).

Классическими правами больного являются: информированное согласие, доступ к медицинским данным и конфиденциальность информации. Также разрабатываются новые правила по защите сведений личного характера о больных, имеющихся в банках медицинских данных или в автоматизированных больничных информационных системах. За последние годы право на невмешательство в личную жизнь дало толчок возникновению новых причин беспокойства у людей, как, например, право на уведомление, когда его (её) личные данные впервые заносятся в банк данных, право на исправление или уничтожение неточной или неправильной информации, а также право на то, чтобы быть поставленным в известность при раскрытии информации третьей стороне.

случаях, где широко практикуется использование тех или иных методов и процедур, и известно, что они наносят вред, министерство, выступая в роли управляющего здравоохранением, несет ответственность за борьбу с вышеуказанными нарушениями, используя для этого общественное мнение. Продажа фармацевтической продукции незарегистрированными продавцами, опасность назначения антибиотиков в чрезмерно больших дозах, а также несоответствие рекомендуемым дозам при назначении, – все это должно являться предметом общественного внимания и регулирования при активной поддержке, оказываемой информационными кампаниями, направленными на различные целевые объекты: больных, медперсонал, о котором идет речь, и местные руководящие органы здравоохранения. В Рамке 6.8 показано в качестве примера, какие действия на разных уровнях необходимы для управления в одной важной области здравоохранения – производство и сбыт фармацевтической продукции.

Сбор информации более широкого плана, позволяющей проведение сравнения выделения фондов в здравоохранении на душу населения, выполнения поставленных задач географическими территориями, – все это также является способом проявления озабоченности руководства и попыткой избежать нежелательных ситуаций путем создания общественного мнения. Без этой информации, основанной на надежных источниках, правительство не имеет эффективной базы для борьбы с отсутствием профессионализма и коррупцией в форме личных и профессиональных злоупотреблений.

#### Рамка 6.8 К вопросу обеспечения правильного управления – ситуация с фармацевтической продукцией

Большинство лечебных и многие профилактические действия в медицине зависят от лекарств. Однако в сфере лекарств также замешаны и мощные экономические интересы. 50% расходов по охране своего здоровья в семье приходится на лекарства: в государственном бюджете на здравоохранение фармацевтическая продукция обычно составляет второй по величине пункт после расходов на выплату зарплаты. В промышленно развитых странах стоимость лекарств увеличивается на 8-12% в год, значительная опережая рост цен на потребительские товары. Фармацевтические средства затрагивают интересы многих держателей фондов: производителей лекарств (как синтезированных на основе научных разработок, так и дженериков), потребительских групп, профессиональных ассоциаций, поставщиков услуг всех типов, донорских агентств, а также различные департаменты правительства.

Система здравоохранения должна обеспечить наличие основных лекарств и сделать их приобретение доступным для всех, кто в них нуждается, а также гарантировать хорошее качество лекарств и то, что их использование надежно с терапевтической точки зрения и рентабельности. Ниже перечислены основные роли центрального правительства по обеспечению выполнения этих задач:

- гарантия качества лекарств посредством эффективного регулирования, включая системы одобрения выпуска на рынок, обеспечение качества, лицензирование профессионалов и инспектирование производства;
- обеспечение доступности и адекватного выделения средств на покупку основных лекарств для бедных и инвалидов;
- закупка основных лекарств для поставщиков государственного сектора или заключение договоров о централизованных поставках с основным продавцом или договоров о поставках на региональном и более низких уровнях;
- разработка и поддержание национальных программ по совершенствованию рационального и рентабельного использования лекарств работниками здравоохранения и населением;
- координация деятельности всех посредников благодаря разработке, претворению в жизнь и контролю за проведением национального курса.

Правильное управление на международном уровне подразумевает поддержку правительства в выполнении указанных основных задач. Внешняя поддержка может оказаться полезной также и в следующих областях:

- информационная поддержка и подготовка кадров также нужна неправительственным организациям, профессиональным и потребительским сетям, религиозным организациям, университетам и частным поставщикам услуг;

• национальным производителям фармацевтической продукции необходима подготовка кадров, поддержка и обеспечение надзора за правильным соблюдением надлежащих правил производственных процессов (GMP);

- законодательные нормы, программы подготовки и финансовые льготы необходимы, чтобы стимулировать рациональное использование лекарств в частном секторе.

Международное сообщество должно гарантировать, что самые основные проблемы беднейших стран мира стоят на повестке дня изготовителей лекарств; такие организации, как «Global Alliance on Vaccine Initiatives» и «Medicines for Malaria Venture» намерены так и поступить.

В технически и политически сложной области фармацевтической продукции внешним агентствам может потребоваться руководство в плане того, какую лучше поддержку оказать развивающимся странам. Например, для правильного выбора способа пожертвования<sup>1</sup> лекарств имеется специальное руководство, использование которого поможет снизить стоимость приносимых в дар лекарств.

<sup>1</sup> Guidelines for drug donations, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/EDM/PAR/99.4).

В недавно проведенном исследовании с анализом инициатив в Индии, предложенных правительствами штатов Дели, Пенджаб и Раджастан, с целью привлечения инвесторов к созданию совместных предприятий на уровне больниц, подчеркивается важность задач управления (26). Все три программы потерпели неудачу, т.к. в результате не было создано ни одного совместного предприятия. В каждой ситуации помешали различные факторы, но в отчете представлено общее объяснение неудач в выполнении каждой из вышеуказанных задач управления, а именно:

- неадекватная политика в отношении роли частного сектора, проводимая в каждом из штатов;
- недостаточное проведение консультаций с соответствующими держателями фондов и отсутствие механизмов координации среди заинтересованных групп;
- отсутствие, слабость или неправильная работа регуляторных механизмов в отношении частных поставщиков услуг;
- неэффективная организация деятельности по контролю и обмену информацией, что делает взаимоотношения между представителями государственного и частного секторов уязвимыми в отношении их эффективности и стоимости.

В департаменте здравоохранения всех трех штатов отмечалось отсутствие специалистов необходимой квалификации для выполнения этих задач.

## СТРАТЕГИИ, РОЛИ И РЕСУРСЫ: КТО И ЧТО ДОЛЖЕН ВЫПОЛНЯТЬ?

В предыдущих разделах обсуждались три основные задачи управления и основная роль министерства здравоохранения в обеспечении их выполнения. В данном разделе речь пойдет о том, *как* эти задачи могут быть выполнены и каков возможный потенциальный вклад других групп и агентств в дело управления в целом.

«Виртуальные» системы здравоохранения, описанные в главе 3, имеют в своем составе много автономных и полуавтономных действующих лиц в разных секторах экономики, а также тех, которые находятся непосредственно в полном подчинении министерству. Те уровни квалификации и стратегии, традиционно необходимые для осуществления руководства бюрократическими государственными системами, оказались неадекватными для выполнения руководящей роли в современных системах здравоохранения. Для управления такими системами требуются предпринимательские, аналитические качества, умение вести переговоры. «Виртуальные» системы существуют благодаря обмену информацией и сходимости взглядов в отношении проводимого курса, а также за счет введения ряда различных регуляторных систем и стимулов, предназначенных для поощрения тех начинаний, которые обеспечивают достижение цели, и для наказания за злоупотребления, низкий профессиональный уровень и обман. Хорошо информированные потребители помогают в деле обеспечения целостности работы такой системы.

Для более совершенного управления необходимо уделять особое внимание процессам *координации, консультации и коммуникационных связей* на основе достоверной информации. Для правильного понимания трудностей основных задач по совершенствованию выполнения своих обязанностей министерству здравоохранения необходимо иметь полную картину происходящих событий. Первоначальное вовлечение в процесс других департаментов (образования, финансов, транспорта) может быть эффективно осуществлено с помощью правительства в целом, а не в результате использования двустороннего подхода министерством здравоохранения, однако последнему потребуются представить необходимые данные и продолжить диалог. Министерство здравоохранения могут почерпнуть много опыта при изучении особенностей изменения курса развития в других секторах правительства,

где роли в государственном секторе уже в значительной мере изменились. Кроме того, важным потенциальным источником накопления знаний является обмен соответствующим опытом в международном масштабе.

Министерствам нужно прислушиваться к широкому диапазону голосов и со всем вниманием отнестись к мнению общественности в отношении первоочередности выполнения задач здравоохранения и проводимого курса развития. Для обеспечения выполнения и правильного распределения задач по управлению министерству здравоохранения должны быть известны личности всех, кто занят в сфере медицинского обслуживания, и должны быть установлены постоянные линии связи. Иногда для оценки масштабов и содержания деятельности частного сектора здравоохранения потребовалось проведение специальных исследований (26).

Министерству здравоохранения также необходима определенная база и стратегии по поддержанию связи со средствами массовой информации и уведомление последних о целях и прогрессе в их выполнении, или о препятствиях этому. В некоторых министерствах здравоохранения имеются отделы, ответственные за работу частного сектора, по связи со СМИ, а также по внутренним связям с другими участниками, работающими в области здравоохранения, по отношениям с потребителями и с общественностью. Из опыта Таиланда, например, следует, что умелое использование национальных СМИ гарантирует, что Минздрав может усилить свое влияние в результате разумного использования поддержки (см. Рамку 6.9).

Консультация – это род деятельности, которая часто остается без внимания как в процессе выработки курса, так и при проведении его в жизнь. Результатом отсутствия консультаций явилась общественная оппозиционная кампания, организованная Британской Медицинской Ассоциацией, реформам в Британской системе национального здравоохранения, введенным правительством М. Тэтчер в 1989 г. (27).

Кения ввела в своей стране в декабре 1989 г. политику соучастия в расходах при значительном увеличении размеров оплаты для потребителей. В прессе появился ряд историй о различных невзгодах как результате введения распределения затрат. В августе прошлого года было сделано заявление Президента о том, что такая политика больше проводиться не будет. Как следствие, постепенно вновь вернулись к прежней политике по оплате услуг, начиная со специализированных больниц, больше внимания при этом уделяя подготовке кадров и информированию населения (28). Опыт Кении принес пользу при проведении реформ в системе здравоохранения Объединенной Республики Танзании и Замбии. Они потратили много усилий, чтобы обеспечить публичное обсуждение программы реформ, и медицинские работники также участвовали в принятии решений относительно проведения реформ (29). В качестве примера того, как правильно организовать участие и дать определенные полномочия гражданам, приводится демократическая система выбора муниципальных советов по здравоохранению, существующая в Финляндии (30).

Во многих условиях кажется разумным в целях совершенствования системы информации для правильного руководства начать с обзора основных нужд информационной системы для обеспечения оперативного контроля; разработать стратегию по совершенствованию сбора данных; пересмотреть перспективы и задачи основного курса развития; пересмотреть возможность реорганизации существующих организационных структур и систем поощрения; и ввести систему координации и связи. Одни только огромные инвестиции в организацию информационных систем сами по себе не обеспечат повышения качества управления. Чтобы оказать влияние на другие области деятельности как государственных, так и негосударственных элементов системы здравоохранения, необходимо проводить политику защиты и поддержки реформ. Необходимо расширить рамки управления, дать возможность высказать свое мнение потребителям, представителям частного сектора, профессиональным ассоциациям и агентствам по оказанию внешней помощи.

Более совершенная информационная база для проведения определенной политики создает основную движущую силу обеспечения связи. В некоторых случаях,

здесь может потребоваться усиление роли министерства здравоохранения, например при взаимодействии последнего с министерством финансов или с организациями-донорами. Однако министерство способно жестче проводить свою линию, когда оно использует другие каналы, например, прессу, телевидение и радио, академические институты, профессиональные и потребительские организации, для достижения своих целей. Министерству здравоохранения следует рассматривать всех тех, чье участие мотивировано, в первую очередь, стремлением к улучшению здоровья, – независимо от того, к какому сектору они принадлежат: государственному или частному – как партнеров по работе в системе здравоохранения. Осуществление регулярной связи является одним из важных связующих элементов этой системы.

Широкая сеть партнеров, занятых в работе системы здравоохранения, заставляет задать вопрос: кто и что должен делать?

Большое внимание на предыдущих страницах уделялось роли министерства здравоохранения. Но местные условия, а также особая важность тех или иных задач определяют круг посредников: кто выиграет, а кто потеряет в результате проведения данного курса. Важной задачей министерства здравоохранения является обеспечение поддержки посредников. Политическая возможность проведения в жизнь курса развития зависит от: полномочий действующих лиц; степени их преданности делу и их количества (31). Являясь организацией, отвечающей за разработку и руководство по проведению курса развития, министерству здравоохранения никогда нельзя забывать об этом.

#### **Рамка 6.9 Таиланд: роль средств массовой информации при управлении системой здравоохранения**

Таиланд становится все более открытым и ответственным обществом. Конституция 1997 года предусматривает полное демократическое участие отдельных личностей, общественности и гражданского общества. Акт о государственных организациях (1999 г.) гарантирует автономию государственным учреждениям, находящимся в тесном взаимодействии с гражданским обществом. Статус автономии был присвоен нескольким государственным больницам. В остальных государственных больницах учреждаются советы, состоящие из членов местных общин.

Акт об общественной информации (1998 г.) направлен на дальнейшее обеспечение гражданских прав на получение общественностью ясной и точной информации о действиях правительственных органов. При проведении подобных реформ СМИ играли важную роль путем отражения общественного мнения в отношении основных потребностей и помогли в принятии некоторых тактических линий развития здравоохранения. Совет журналистов устанавливает нормы этического поведения и стремится уравнивать информацию, предлагаемую СМИ широким массам населения. Регулярно проводимые опросы общественного мнения служат промежуточным звеном между обществом и теми, кто стоит у руля управления.

Министерство здравоохранения давно и прочно сотрудничает и пользуется поддержкой многих посредников, в число которых входят представители прессы, радио и телевидения. Их недавние усилия заставили органы здравоохранения и неправительственные организации поддержать общественность и оказать давление на правительство с целью принятия двух законов, а именно, Акта по контролю производства табачных изделий (1992 г.) и Закона о защите здоровья некурящих (1992 г.). Такая тактика в конечном итоге направлена на попытку превращения Таиланда в некурящую страну.

Дорожно-транспортные происшествия являются в Таиланде лидирующей причиной смерти. Многочисленные передачи по радио и телевидению, особенно в часы пик, помогли значительно снизить смертность и число полученных травм за последние годы. Другие меры, принимаемые с целью заботы о своем здоровье, как, например, занятие физической культурой, соблюдение диеты и стремление употреблять только здоровую пищу, использование методов традиционной медицины – обо всем этом много говорится по радио, при этом предлагается достоверная и сбалансированная информация. Средства массовой информации и неправительственные организации учредили консультационный центр по СПИДу/ВИЧ-инфекции, а

министерство здравоохранения организовало «горячую» линию помощи, тем самым предоставив возможность людям получить нужный совет в момент стресса, помочь предотвратить самоубийства; также существует и горячая телефонная линия, целью которой является защита прав потребителей.

СМИ отражают в своих сообщениях неудовлетворенность общества состоянием как государственного, так и частного больничного медицинского обслуживания. Одновременно научно-исследовательский институт систем здравоохранения (HSRI) является координатором национального форума по улучшению качества обслуживания и финансирования больниц и выступает за создание независимого органа по аккредитации больниц. В HSRI имеется специальная программа для журналистов, желающих специализироваться в области здравоохранения.

Таким образом, средства массовой информации Таиланда играют важную роль в области управления здравоохранением, обеспечивая необходимой информацией и помогая при проведении изменений, осуществляя связь между широкими массами населения, потребителями, гражданским обществом, научно-исследовательскими учреждениями, профессиональными организациями и правительством, активно участвуя в деле улучшения состояния здоровья людей.

В рамках государственного сектора организации по социальному обеспечению и система образования занимают ведущее место среди учреждений, деятельность которых оказывает влияние на здравоохранение. Минздрав способен оказать влияние на них либо при непосредственном взаимодействии с ними, либо по более высоким политическим каналам с целью обеспечения поддержки проводимого курса развития здравоохранения, не допустить оппозиции со стороны других отраслей государственного сектора.

Там, где деятельность частного сектора мотивирована усилением охраны здоровья, как, например, в области научных исследований и разработок лекарств, медицинских технологий и обеспечения надежности транспортных средств, министерствам здравоохранения следует, по крайней мере, стремиться учитывать этих партнеров при разработке курса развития информационных систем и средств связи. В тех случаях, когда их роль приобретает международное значение, региональным и международным организациям, занимающимся вопросами здравоохранения, следует оказывать поддержку руководящей линии отдельных министерств здравоохранения, объединяя при этом действия правительств, представителей промышленности и поставщиков, совершенствуя формы управления, обеспечивая получение международной информации, возможность наблюдения и проведения сравнения.

Профессиональные организации могут часто играть более крупную роль в самоуправлении. При разумной поддержке министерства здравоохранения профессиональные организации могут взять на себя часть бремени по управлению, как, например, выдача лицензий, проверка наличия необходимой регистрационной документации, повышение квалификации без отрыва от производства.

Интересы потребителей в области здравоохранения слабо защищены в странах, независимо от уровня развития. Однако в таких странах, как Канада, Новая Зеландия, Швеция, где осведомленность и интерес общественности к проблемам охраны здоровья серьезно учитывается правительством, появились группы защиты интересов потребителей, очень преданные своей цели и подкрепляющие свои действия большим объемом цифрового материала. И хотя их деятельность может быть часто направлена против министерства здравоохранения по некоторым вопросам, в отношении некоторых других вопросов позиция организованных групп потребителей может укрепить положение министерства и помочь последнему во взаимоотношениях с поставщиками или профессиональными группами. Современные методы связи обеспечивают быстрый, легкий доступ к информации по вопросам здравоохранения в формах, приемлемых для неспециалистов, и министерства не должны жалеть усилий для того, чтобы сделать эти возможности доступными для широкой публики.

Зарубежные организации-посредники, как государственные, так неправительственные, обладают особой ответственностью в плане оказания помощи в управлении. Настоящий доклад, в первую очередь, предназначен для них, для рассмотрения его их экспертами и советниками, а также лицами, ответственными за проведение курса на национальном уровне. Зарубежные организации-посредники обладают двойными полномочиями: они подотчетны своему начальству и избирателям у себя в стране, а также правительствам развивающихся стран, где они работают. В течение многих лет основной акцент делался на организацию независимых проектов, и благодаря этому и «работала» система двойного подчинения. Организации-доноры рассматривали эти проекты как легкий путь показать всем в своей стране, как они хорошо поступают, а в странах-реципиентах правильно выбранные проекты также удовлетворяли приоритетные потребности. Сдвиг в сторону более системной поддержки, который наметился в 1980-х годах в результате введения программ, а затем и секторного подхода, значительно облегчает для зарубежных организаций оказание поддержки в управлении, осуществляемом под руководством правительства. Некоторые организации-доноры теперь обладают правом голоса в деле разработки курса развития и тактики его проведения, и уже отказываются от своего

права выбирать отдельные объекты в обмен на более полное участие в качестве партнеров при правительствах стран, получающих помощь (32).

Благодаря своим техническим знаниям и ресурсам зарубежные организации-посредники способны обеспечить признание необходимости тех или иных задач совершенствования управления, они также согласны, что для выполнения этих задач требуется более совершенная квалификация персонала, и понимают первоочередную необходимость помощи в виде капиталовложений именно в развитие этой функции. Суть ответственности перед обществом тех, кто стоит у руля управления, и заключается в том, что правительство должно выполнить эту работу и сделать ее как следует. Без обеспечения правильного руководства всегда поджидают постоянные опасности: неудачи на рынке, отсутствие доступа у неимущих потребителей.

Агентства – доноры несут особую ответственность: их задача – не сделать процесс управления еще более трудным за счет своей полуавтономной деятельности. Доноры – часто многочисленные и полные желания отразить свои собственные интересы при поддержке того или иного курса развития – часто обнаруживают, что их интересы не пересекаются ни между собой, ни с правительством, что значительно усложняет выработку ясной тактики проведения курса развития (33). В этой связи концепция секторного подхода помогает найти перспективную модель. В соответствии с ней, правительство стоит у руля управления, и оно ведет диалог по обсуждению первоочередности задач, стратегии и общих планов по выполнению.

## В ЧЕМ ЖЕ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ ТРУДНОСТИ?

Многие страны не используют свой потенциал, а усилия многих недостаточны для обеспечения необходимого и справедливого финансирования. Практически во всех странах имеются серьезные проблемы в выполнении одной или более функций.

В результате этого в каждой стране не удается избежать большого числа смертей и инвалидностей, которые можно было бы предотвратить; много ненужных страданий, несправедливости, неравноправия и необеспечения основных прав личности. И удар этот сильнее сказывается на малоимущих, которые в результате становятся еще беднее из-за отсутствия финансовой возможности защитить себя от болезней.

В рамках всех систем на всех уровнях работает бесчисленное количество высоко квалифицированных преданных делу людей, которые стремятся помочь улучшить состояние здоровья своих соотечественников. Вряд ли кто-то будет спорить, что, в целом, системы здравоохранения уже внесли огромный вклад в дело улучшения здоровья большей части населения мира в XX веке. Новый век они встречают, имея возможности и потенциал для дальнейшего совершенствования.

К сожалению, в системах здравоохранения бывает и так, что происходит неправильное использование и растрачивание своих потенциальных возможностей. При плохой и неэффективной организации, неправильном руководстве, недостатке фондов системы здравоохранения могут принести больше вреда, чем пользы.

Окончательная ответственность за всю работу страны лежит на правительстве, которое, в свою очередь, должно привлекать к управлению все секторы общества. Тщательная и ответственная организация, забота о благосостоянии населения, то есть правильное хозяйствование, и составляют суть деятельности хорошего правительства. Здоровье людей всегда является первоочередной задачей, и правительство в этом случае несет постоянную и непрерывную ответственность.

Более строгий надзор и регулирование работы поставщиков и страховщиков частного сектора должно стоять на одном из первых мест в национальных планах по управлению. При правильном курсе необходимо различать поставщиков (государственных и частных) на тех, кто старается внести свой вклад в дело совершенствования здравоохранения, и тех, кто приносит вред или не имеет никаких результатов, их необходимо поощрять и наказывать, соответственно. Следует обеспечить контроль за политикой по изменению баланса между степенью автономии и

подотчетностью с точки зрения их влияния на здравоохранение, реагирования системы и распределения финансового бремени.

Потребителей следует лучше информировать о том, что вредно, а что полезно для их здоровья, почему не все их ожидания оправдываются, и что они все обладают правами, и поставщики должны уважать эти права. Но интересы потребителей в здравоохранении плохо защищены в странах на всех уровнях развития. Понятие «права пациента» необходимо совершенствовать, и следует учредить специальную структуру для быстрого и справедливого расследования нарушений.

Наиболее очевидным способом увеличения авансов является повышение уровня государственного финансирования здравоохранения, но это трудно, а часто и просто невозможно для бедных наций. Но правительства могут поощрять различные способы финансирования: выдавать авансы на выполнение работ обществу или поставщикам как часть подготовительного процесса консолидации и превращения небольших пулов в более крупные. Правительство должно содействовать развитию системы коммунального рейтинга, общих пакетов льгот и возможности перехода из одной страховой системы в другую без потери льгот, использовать государственные фонды, для того чтобы обеспечить возможность бедных людей участвовать в таких программах. Программы страхования, разработанные так, чтобы расширить участие в них малоимущих, являются весьма привлекательным способом правильного использования фондов внешней помощи на развитие здравоохранения наряду с государственными доходами.

Необходимо очень внимательно осуществлять управление, чтобы предотвратить финансовые или другие злоупотребления при выполнении программ для групп с низким риском или для групп хорошо обеспеченных людей. В большинстве стран с низким или средним уровнем доходов необходимо создание специальных механизмов, чтобы отделить сбор взносов от оплаты во время оказания помощи, что позволит проводить большую часть финансирования на здравоохранение через авансирование. Увеличение объединения фондов позволяет субсидировать бедных за счет богатых, больных за счет здоровых. В каждой стране необходимо разработать методику создания объединенных риск-пулов с целью увеличения перекрестных субсидий (одних за счет других). Необходимо также пересмотреть систему оплаты поставщиков услуг всех типов. Сделать это необходимо для того, чтобы обеспечить их ориентацию на достижение целей системы здравоохранения путем предоставления людям с распространенными заболеваниями, поддающимися профилактике и лечению, таких медицинских услуг, которые являются эффективными с учетом их стоимости.

На международном уровне необходимо всячески поощрять усилия крупных частных научно-исследовательских учреждений по изучению и разработке лекарств и вакцин обращаться к проблемам первоочередной важности с точки зрения международного здравоохранения, а не сосредоточивать свое внимание, в основном, на создании продуктов для определенного стиля жизни, подходящих для богатой части населения.

Серьезный дисбаланс существует одновременно во многих странах в том, что касается людских и физических ресурсов, технологии и фармацевтической продукции. Во многих странах слишком мало дипломированных медработников, а в других их слишком много. Медперсонал во многих странах с низким уровнем доходов недостаточно квалифицированный, их работа мало оплачиваема, они работают на устаревшем, разваливающемся оборудовании, при хроническом его дефиците. Один из результатов этого – «утечка умов»: деморализованные талантливые профессионалы либо уезжают за рубеж, или начинают заниматься частной практикой.

В целом, правительства располагают слишком небольшим количеством необходимой информации для разработки эффективных стратегий. Национальные счета здравоохранения располагают беспристрастными и полными данными, на основании которых можно сделать анализ всей ситуации и проследить тенденции. Их следует гораздо шире развивать и использовать.



## КАК УЛУЧШИТЬ РАБОТУ

Правильное управление необходимо для того, чтобы улучшить работу системы здравоохранения. Приведенные ниже выводы относительно организации управления применимы ко многим промышленным странам, а также к странам как с низким, так и со средним доходом.

Управление системой здравоохранения – это одна из обязанностей правительства. Для правильного её выполнения ему необходимо широкое поле видения, хорошо продуманный курс, в котором признаются все основные действующие лица и всем из них выделены свои роли. Для этих целей используется сценарий, составленный на основании реалистичных ресурсов, и все внимание сосредотачивается на выполнении целей, стоящих перед системой. Для сбора данных необходимо наличие селективной информационной системы, отражающей работу всех ключевых функций системы здравоохранения и достижение целей, которая разбита на ряд важных категорий по населению, таких как уровень дохода, возраст, пол и национальная принадлежность. Для осуществления управления также необходима способность правильно видеть основные трудности в обеспечении проведения основной политики в любой момент времени, а также оценивать возможности решения этих проблем. Для осуществления влияния необходимо наличие регуляторных стратегий, способности оправдать необходимость введения тех или иных мер, соответствующих целям системы здравоохранения, а также наличие способности рентабельно выполнять эти цели.

**Обеспечение обслуживания.** Заметна тенденция, что объем частного медицинского обслуживания больше в странах с более низким уровнем доходов. Однако в бедных странах редко имеются ясные тактические линии в направлении развития частного сектора. Таким образом, им необходимо принять меры и изучить различные формы обеспечения медицинской помощи за счет частного сектора, а также разработать формы взаимодействия с различными группами частных поставщиков услуг.

В целях дальнейшего повышения качества медицинского обслуживания повсеместно необходимо совершенствование информационной базы для осведомления о существующем состоянии дел. Необходимо правильное понимание национальных и местных факторов риска. Основное внимание должно быть уделено сбору данных о количестве и типе поставщиков медицинских услуг, но требование это часто выполняется только частично. Также требуется понимание структуры рынка поставщиков услуг и способов его правильного использования, чтобы, таким образом, лицам, принимающим решения, было понятно существование тех или иных организационных особенностей, тех или иных форм, или возрастание их объема. Для дальнейшего совершенствования общего качества обслуживания также необходимы данные по проведенным медицинским процедурам и по возможным трудностям в отношении оказания услуг.

Процесс установления очередности выполняемых задач должен быть понятен для широких масс населения, что необходимо для правильного определения набора льгот, получить которые мог бы каждый (здесь речь идет и о тех льготах, которые предусматриваются в программах частного сектора); и среди прочих критериев при выборе приоритетов должны учитываться местные особенности заболеваемости, а также рентабельность. Рациональный подход подразумевает исключение некоторых видов помощи из перечня льготных, а не людей. Необходимо пересмотреть и модернизировать некоторые механизмы поддержки, а именно: клинические протоколы, процессы регистрации, подготовки кадров, лицензирования и аккредитации. Необходимо разработать регуляторную стратегию, которая бы учитывала различные составляющие частного сектора, а также способствовала развитию саморегулирования. Сложной задачей управления является приведение различных организационных структур и стимулов в соответствие с общими задачами политики в сфере здравоохранения, поскольку эта задача не может решаться только усилиями поставщиков услуг.

Необходимо введение мониторинга для оценки поведенческих изменений, связанных с децентрализацией ответственности за ресурсы и обеспечение услуг, и влияния различных типов контрактных взаимоотношений с населением и частными поставщиками услуг. Обеспечение баланса между жестким контролем и самостоятельностью, так необходимой для мотивации поставщиков услуг, является сложной задачей, для решения которой ответы следует искать не в учебниках, а с учетом местных особенностей. В большинстве случаев нужно будет экспериментировать и адаптироваться к местным условиям. Для создания «виртуальной системы здравоохранения» на основе большого числа полуавтономных поставщиков услуг необходимо создание сети поддержки для обмена информацией.

В странах со средним уровнем дохода, где обеспечение медицинской помощи часто проводится раздробленно параллельными системами, можно поощрять конкуренцию среди поставщиков услуг на основе качества обслуживания. В некоторых странах с успехом воспользовались комбинацией государственного субсидирования и регулируемых услуг частных поставщиков в результате расширения медицинского страхования (Аргентина, Колумбия), а также системой заключения прямых контрактов с поставщиками, работающими непосредственно с министерствами здравоохранения (Бразилия). А в странах с высоким уровнем доходов часто необходимо улучшение регулирования деятельности частных поставщиков услуг; там следует также уделять больше внимания гибкости системы (Великобритания) и контролю за расточительством в результате выписывания ненужных или слишком большого количества лекарств, чрезмерного использования диагностической техники и вмешательств (Франция, Япония, США).

*Генерирование ресурсов.* Задачей правильного управления делами также является осуществление контроля за некоторыми стратегическими балансами и направление их по правильному курсу в том случае, когда их равновесие нарушается. Система национальных счетов здравоохранения (НСЗ) обеспечивает основную информационную базу, помогающую проследить соотношение между капитальными и текущими расходами или определить долю любого вклада по отношению к целому, а также дает возможность проследить сложившиеся тенденции. НСЗ позволяют оценить долю внешнего и внутреннего, государственного и частного капитала, а также собрать полезные данные по физическим величинам (количество медсестер, сканирующих компьютерных томографов, районных больниц), а также по их стоимости. НСЗ в той или иной форме существуют в большинстве стран, но они часто носят рудиментарный характер и до сих пор еще не используются в качестве инструментов осуществления управления.

Данные НСЗ позволяют министерствам здравоохранения критически обдумать необходимость затрат на приобретение с участием всех держателей фондов в системе здравоохранения. Концепция стратегических закупок, о которой шла речь в Главе 5, применима не только к покупке медицинских услуг: она применима одинаковым образом к покупке вложений в систему здравоохранения. В тех случаях, когда затраты, например на подготовку персонала, покупку диагностического оборудования и транспортных средств, производятся непосредственно за счет государственных средств, министерство здравоохранения несет прямую ответственность и гарантирует обеспечение стоимости затраченных сумм, не только в плане покупки по хорошей цене, но также и в том смысле, что закупленные товары будут эффективно использованы.

В тех случаях, когда закупка осуществляется другими агентствами (такими, как частное страховое агентство, поставщики, различные хозяйства или другие государственные организации), роль министерства как расчетливого хозяина состоит в использовании своих регуляторных возможностей и стимулирующего влияния с той целью, чтобы данные закупки способствовали повышению, а не снижению эффективности структуры производственных затрат. Это, однако, не влечет за собой всеобщего центрального планирования и составления программ. Роль управления в системах с большой степенью децентрализации полномочий на совершение закупок заключается в учреждении правил, а не в том, чтобы выносить решения в каждом

случае. В Бразилии были введены в действие правила на выделение фондов штатам, цены на услуги, а также механизмы пересмотра решений по основным капиталовложениям (34). Центральному министерству, возможно, придется принимать решение по основным капиталовложениям, таким как специализированные больницы или высшие медицинские учебные заведения. Но полномочия региональных и районных органов управления здравоохранения должны быть расширены с целью обеспечения возможности принимать большее число не столь важных решений по закупкам, опираясь при этом на директивы, критерии и методы, разработанные центральным правительством.

Обеспечение здорового соотношения между капитальными и текущими затратами в системе здравоохранения требует анализа тенденций как государственных, так и частных расходов, с учетом как внешних, так и внутренних фондов. Данные по бюджету, которыми обычно располагают министерства здравоохранения, дают далеко не полную картину. Необходимо создание четкой структуры руководства, системы стимулов, регулирования и обеспечения общества необходимой информацией, для того чтобы обеспечить возможность принятия важных решений по капиталовложениям в рамках всей системы, иметь возможность противостоять каким-либо временным решениям и политическому давлению.

В том, что касается кадровых ресурсов, аналогичные комбинации стратегий позволили добиться успеха в решении проблем географического дисбаланса, что часто бывает в различных странах. В целом, следует отметить необходимость переоценки содержания программ подготовки кадров с ориентацией на фактическую работу, которую им предстоит выполнять; зачастую необходимо также отрегулировать соотношение предложений и реальных рабочих мест на рынке труда в здравоохранении. В таких странах, как Китай, где общественный доход от подготовки медперсонала отрицательный, рассматривается вопрос о приватизации учебных заведений или об их закрытии. Конечно, часто ощущается необходимость пересмотреть вопрос о выделении государственных субсидий учебным заведениям, рассматривая их как стратегические закупки. Зачастую можно пересмотреть квоту приема в различные учебные заведения без закрытия последних, в результате чего могут образоваться свободные ресурсы, которые можно использовать на переподготовку уже имеющихся, явно лишних, медработников (например, врач-специалисты в Египте), позволив им получить более редкую специальность.

Роль управления в выделении фондов на производство лекарств и вакцин заключается на международном уровне в оказании влияния на ориентацию индустрии научных исследований, финансируемых, в основном, из частных источников, на глобальные приоритеты в здравоохранении. Основными задачами на национальном уровне является обеспечение рентабельных закупок и контроля качества, рационального назначения лекарств, а также достаточной степени информированности потребителей. Стратегия финансирования здравоохранения также должна обеспечивать, чтобы бедные люди в особенности могли получить лекарства по необходимости, когда они больны, без каких-либо финансовых ограничений.

Приобретение крупного оборудования представляет собой легкий способ растрачивания фондов, если оно мало используется, внося незначительный вклад в улучшение здоровья населения, забирая у персонала время и средства из бюджета на текущие расходы. Это тоже трудно проконтролировать. Всем странам необходим доступ к информации по оценке технологий, хотя совсем не обязательно им самим создавать её. Роль правильно организованного управления заключается в том, чтобы обеспечить соблюдение критериев закупки технологий в государственном секторе (который нужен всем странам) и чтобы частный сектор не имел льготных условий или государственных субсидий на покупку этих технологий, включая субсидии, предусматривающие продажу услуг, с помощью которых это оборудование обеспечивает покрытие потребностей правительства в технологиях, за исключением тех случаев, когда это происходит в интересах национальной политики.

Поставщики часто мобилизуют общественное мнение в целях закупки технологий, организуют подписку в защиту своих предложений. Управление должно обеспечить понимание потребителями, почему в отношении закупок технического характера должны действовать те же нормы, как и в сфере других услуг. Правильному пониманию этих задач обществом может способствовать определение вмененных издержек при покупке дополнительного оборудования из-за необходимости обеспечения тех или иных услуг.

**Финансирование здравоохранения.** Во всех случаях желательно иметь очень высокий уровень справедливо распределенного авансирования, а также стратегической закупки медицинских услуг. Стратегии внедрения, однако, значительно более специфичны в зависимости от условий, существующих в той или иной стране. Страны с низким уровнем доходов сталкиваются с самой серьезной проблемой: большая часть платежей осуществляется, когда люди больны и пользуются услугами, предоставляемыми системой здравоохранения. Это особенно верно в отношении самых бедных людей, которые вряд ли способны осуществлять предоплату за счет покупки страховых полисов и которые редко способны получать выгоду от субсидируемых форм обслуживания. Оплату наличными на месте, особенно малоимущими, не следует рассматривать как долгосрочный источник финансирования здравоохранения.

Вероятно, самым очевидным путем увеличения авансирования является увеличение уровня государственного финансирования здравоохранения, но здесь сразу же возникают два препятствия этому. Беднейшим странам как отдельной группе удается раздобыть меньше средств в государственном доходе по сравнению со странами со средним или высоким доходом. И действительно, отсутствие такой возможности и является одной из граней их бедности. И министерства финансов в бедных странах, часто хорошо зная о том, что система здравоохранения функционирует плохо, скептически относятся к претензиям последней в отношении их доли в государственном бюджете. Там, где отсутствует реальная государственная система повышения уровня предоплат, как правительствам, так и организациям-донорам следует изыскивать пути создания механизмов, которые обеспечили бы развитие или консолидацию больших пулов риска. Программы страхования, разработанные с целью расширения сети участия и привлечения малоимущей части населения, предлагают некий путь правительству (при наличии партнеров, обеспечивающих внешнюю финансовую поддержку) быстрого совершенствования системы медицинского обслуживания наиболее обездоленных граждан.

В странах со средним доходом часто одновременно действуют несколько значительных программ как обязательного страхования, так и программ, участие в которых зависит от уровня дохода или степени риска. Тактический курс к созданию справедливой системы авансирования лежит через укрепление таких программ, опять же опираясь на увеличение государственного финансирования, для того чтобы участниками этих программ могли стать неимущие граждане. Увеличение числа бенефициаров за счет субсидий и слияние ранее существовавших программ – вот тот путь, по которому шло развитие национальной системы страхования в Германии, Японии и Южной Корее, начиная с совсем небольших программ.

Хотя в большинстве промышленно-развитых стран системы авансирования уже существуют на высоком уровне, кое-что из вышесказанного применимо и к ним. Для своего уровня доходов в США имеется необычно высокий процент населения, не имеющего медицинской страховки: потребуется комбинация описанных выше тактических вариантов в том случае, если встанет вопрос о значительном совершенствовании в последующих десятилетиях уровня и степени справедливости финансовой защиты.

В целях обеспечения гарантии того, что предоплата является наилучшим способом получения наиболее достойных услуг за свои деньги, стратегическая закупка должна заменить большую часть традиционной организации связи между держателями бюджета и поставщиками услуг. Держатели бюджета больше не будут пассивными финансовыми посредниками. Стратегическая закупка означает обеспечение ряда

льгот для поставщиков услуг, независимо от того, принадлежат ли они к государственному или частному сектору, с той целью, чтобы стимулировать их к эффективному оказанию приоритетных видов медицинской помощи. Для установления льгот в целях совершенствования реагирования системы и улучшения результатов медицинского обслуживания необходимо проводить заключение контрактов на селективной основе и использовать несколько механизмов систем оплаты.

Настоящий доклад является своего рода нововведением, в нем впервые делается попытка представить общий показатель достижений национальных систем здравоохранения, а также показатель качества работы по отношению к потенциалу. Основой всех этих показателей является достижение основных целей, а именно: *хорошее здоровье, реакция на пожелания широких масс населения* (где для достижения каждой из указанных целей важен как уровень, так и распределение), а также *справедливость вкладов в финансирование системы здравоохранения*. Достижение этих целей зависит от эффективности четырех основных функций: *обеспечения услуг, генерирования ресурсов, финансирования и управления*.

Предварительное ранжирование стран на основании качества работы систем здравоохранения говорит о многом. На его основании можно сделать вывод, что при очень низких уровнях расходов на здравоохранение качество медицинских услуг значительно хуже и значительно варьирует, чем при высоком уровне расходов в этой области, даже если деятельность оценивается относительно людских ресурсов страны и сумм, потраченных на здравоохранение. Совершенно очевидно, что страны с ограниченными ресурсами и серьезными проблемами в области здравоохранения сталкиваются с наиболее серьезными проблемами: им необходимо понять, почему в здравоохранении не обеспечивается достижение тех результатов, которые кажутся потенциально возможными, и им также необходимо помочь в достижении своего потенциала. Итоги, представленные в настоящем докладе, также позволяют заметить, что, наряду с тем, что большая часть положительных результатов, особенно в том, что касается повышения уровня состояния здоровья, и некоторых аспектов, касающихся реакции системы, существенно зависит от объемов расходов системы здравоохранения; однако при низком уровне ресурсов оказывается возможным обеспечить в значительной мере справедливость в медицинском обслуживании, уважение к людям, а также финансовую справедливость. Некоторым системам здравоохранения удастся достичь гораздо больше, чем другим, в отношении этих важных моментов.

Всем нам предстоит большая работа по совершенствованию предложенных концепций, необходимо также провести сбор данных по работе национальных систем здравоохранения. Предлагается в значительной мере пересмотреть курс развития здравоохранения.

Большое значение имеют качество обслуживания, сочетание форм используемых средств, финансирование здравоохранения и, прежде всего, правильная организация управления. Совершенствование работы по обеспечению этих четырех общих для всех функций приводит к достижению значительных результатов по выполнению поставленных целей в странах, находящихся на разном уровне развития. Больше всего от этого выиграют малоимущие.

## ССЫЛКИ

1. Saltman RB, Ferrousier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6) (in press).
2. Osborn D, Gaebler T. *Reinventing government*. Reading, MA, Addison Wesley, 1993.
3. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, UK, Open University Press, 1998 (State of Health Series).
4. Bossert T et al. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning*, 1998, 13 (1): 59–77.
5. Ogunbekun I et al. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning*, 1999, 14 (2): 174–181.
6. Bennett S et al. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (unpublished document WHO/ARA/CC/98.1).
7. Killingsworth J et al. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy and Planning*, 1999, 14 (2): 152–163.
8. Halik J. Respecting patients' rights in hospitals in Poland. In: *Health sector reform in Central and Eastern Europe: current trends and priority research: a FICOSSE research meeting, Velingrad, Bulgaria, 2–3 October 1998*. Warsaw, National Centre for Health System Management, 1999.
9. Schuster M et al. How good is the quality of good health care in the United States? *The Milbank Quarterly*, 1998, 76 (4): 517–563.
10. Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London, Zed Books, 1996.
11. Salinas H, Lenz R. *Las no reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso [No health reforms in Latin America: reasons explaining their failure]*. Santiago de Chile, 1999 (in Spanish).
12. Nittayaramphong S, Tangcharoensathien V. Thailand: private health care out of control? *Health Policy and Planning*, 1994, 9 (1): 31–40.
13. Turshen M. *Privatizing health services in Africa*. New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1999.
14. Chollet DJ, Lewis M. Private insurance: principles and practice. In: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing*. Washington, DC, The World Bank, 1997 (World Bank Discussion Paper No. 365).
15. Musgrove P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC, The World Bank, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
16. Hsiao WC. Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*, 1995, 32: 125–139.
17. Van Lerberghe W et al. Reform follows failure: unregulated private care in Lebanon. *Health Policy and Planning*, 1997, 12 (4): 296–311.
18. Borren P, Maynard A. The market reform of the New Zealand health care system: searching for the Holy Grail in the Antipodes. *Health Policy*, 1994, 27 (3): 233–252.
19. Russel S, Attanayake N. *Sri Lanka: reforming the health sector. Does government have the capacity?* Birmingham, UK, University of Birmingham, 1997.
20. Bennet S, Ngalande-Banda E. *Public and private roles in health. A review and analysis of experience in sub-Saharan Africa*. Geneva, World Health Organization, 1994 (Current Concerns ARA Paper No. 6, document WHO/ARA/CC/97.6).
21. Broomberg J. *Health care markets for export? Lessons for developing countries from European and American experience*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy, 1994.
22. **WHO Action Programme on Essential Drugs. Public-private roles in the pharmaceutical sector**. Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished discussion paper).
23. Zurita B et al. *Structural pluralism as a tool for equity, quality and efficiency in healthcare in Mexico: the role of FUNYALUD. 2000* (unpublished paper).
24. Smithson P. Quarts into pint jugs? The financial viability of health sector investment in low income countries. *Health Policy and Planning*, 1995, 10 (Suppl.): 6–16.
25. Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy*, 1997, 42 (1): 49–66.
26. Bhat R. *Public-private partnerships in the health sector: the Indian experience*. 2000 (unpublished paper).
27. Robinson R, Le Grand J, eds. *Evaluating the NHS reforms*. London, King's Fund Institute, 1994.
28. Quick JD, Musau SN. *Impact of cost sharing in Kenya: 1989–1993. Effects of the Ministry of Health Facility Improvement Fund on revenue generation, recurrent expenditures, quality of care, and utilization patterns*. Nairobi, Management Sciences for Health, 1994.
29. Kalumba K. *Towards an equity-oriented policy of decentralization in health systems under conditions of turbulence: the case of Zambia*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/ARA/97.2).
30. Calnan M, Halik J, Sabbat J. Citizen participation and patient choice in health reform. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, UK, Open University Press, 1998 (State of Health Series).

31. **Reich M.** In: *Diagnostic approaches to assessing strategies, weaknesses and change of health systems*. Washington, DC, Economic Development Institute, The World Bank, 1998 (Flagship Module 2).
32. **Hay R.** *International aid: economics and charity*. Oxford, Oxford Policy Institute, 2000 (Oxford Policy Brief No. 1).
33. **Walt G et al.** Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning*, 1999, **14** (3): 207–218.
34. *Brazil: social spending in selected states*. Washington, DC, The World Bank, 1999 (World Bank Report BR-17763: Chapter 3).

