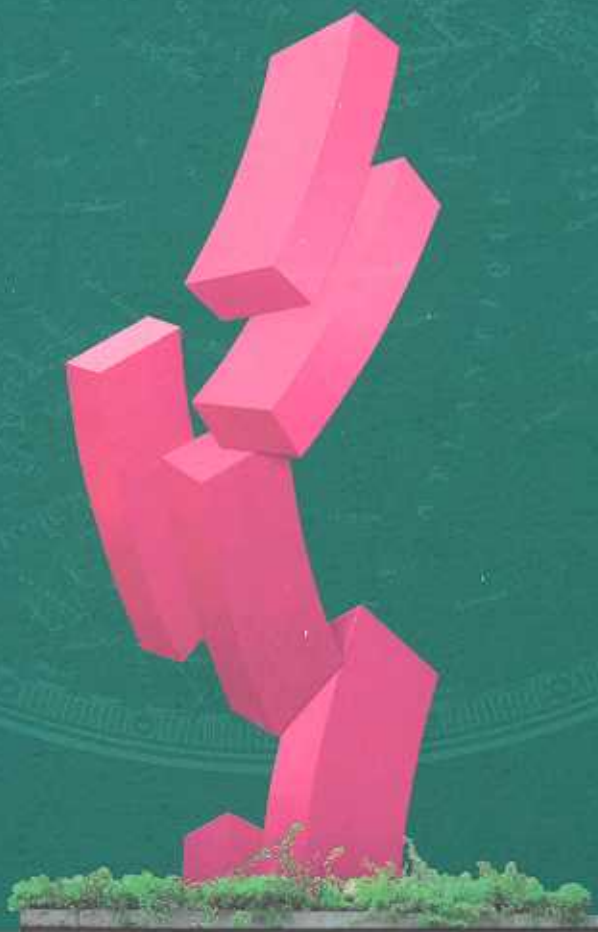




# ДОКЛАД О СОСТОЯНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МИРЕ 2000 г.

**Системы  
здравоохранения:  
улучшение деятельности**







ДОКЛАД  
О СОСТОЯНИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
В МИРЕ 2000 г.

Системы  
здравоохранения:  
улучшение деятельности



## Библиотечный каталог публикаций ВОЗ

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.: системы здравоохранения: улучшение деятельности.

1. Здравоохранение в мире 2. Планы систем здравоохранения 3. Оказание медико-санитарной помощи 4. Руководство службами здравоохранения 5. Вопросы финансирования и здоровья 6. Доступность служб медико-санитарной помощи 7. Социальная справедливость 8. Механизмы оценки медико-санитарной помощи I. Название: Системы здравоохранения: улучшение деятельности

ISBN 92 4 456198 0 (По классификации NLM - WA 540.1)

ISBN 1020-3311

Всемирная организация здравоохранения с готовностью отвечает на запросы о разрешении воспроизводства или перевода ее публикаций (частично или полностью). Запросы следует направлять в отдел публикаций, Всемирная организация здравоохранения, Швейцария, который охотно предоставит самую последнюю информацию о любых изменениях в тексте, планах публикации новых изданий, а также уже имеющиеся оттиски и переводы.

© World Health Organization, 2000

© Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.

Все права сохранены.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы, включая таблицы и карты, ни в коем случае не выражают мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их государственных границах. Границы, обозначенные пунктирными линиями, являются приблизительными, так как в отношении их пока не достигнуто общее согласие.

Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте, или рекомендует их к использованию. Исключая ошибки и пропуски, патентованные наименования, как правило, выделяются начальными прописными буквами.

Информация относительно данной публикации может быть получена из:

World Health Report

World Health Organization

1211 Geneva 27, Switzerland

Факс: (41-22) 791 4870

Электронная почта: whr@who.int

Экземпляры данной публикации могут быть заказаны по: bookorders@who.int

Основными составителями данного доклада были Philip Musgrove, Andrew Creese, Alex Preker, Christian Baeza, Anders Anell и Thomson Prentice; определенный вклад в работу также внесли Andrew Cassels, Debra Lipson, Дуна Архин Tenkorang и Mark Wheeler. Составление доклада осуществлялось под руководством редакционной группы, в которую входил Julio Frenk (председатель), Susan Holck, Christopher Murray, Orvill Adams, Andrew Creese, Dean Jamison, Kei Kawabata, Philip Musgrove и Thomson Prentice. Значительный вклад в работу был внесен внутренней консультативной группой и региональной справочной группой, члены которой упоминаются в выражении признательности в конце доклада. Дополнительная помощь и консультации были любезно предоставлены региональными директорами, исполнительными директорами штаб-квартиры ВОЗ и старшими советниками по вопросам политики при Генеральном директоре.

Концептуальная основа данного доклада была определена Christopher Murray и Julio Frenk. Разработка новых аналитических методов и сводных показателей, новых международных данных и эмпирического анализа, составляющих основу данного доклада, были осуществлены более чем 50 специалистами, большинство из которых входят в Глобальную программу ВОЗ по фактическим данным для определения политики, которые были разбиты на одиннадцать рабочих групп. Указанные группы рассматривали основные демографические вопросы, вопросы о причинах смерти, бремени заболеваемости, предполагаемой про-

должительности жизни с коррекцией на инвалидность, вопрос неравенства в системе медико-санитарного обслуживания, отзывчивости, справедливости финансового взноса, предпочтений в рамках системы здравоохранения, национальных счетов по здравоохранению и профилей, анализа работы и основных экономических данных. Члены каждой из названных рабочих групп перечислены в Выражении признательности. Общее руководство и техническая консультация для этих рабочих групп обеспечивались Julio Frenk, Christopher Murray, Kei Kawabata, Alan Lopez и David Evans. Ряд технических документов, поступивших из таких рабочих групп, содержит необходимые подробности в отношении методологии, данных и результатов, выходящие за пределы тех объяснений, которые даны в Статистическом приложении.

Общая методология данного доклада рассматривалась на международном консультативном совещании по системам здравоохранения, а вопрос о параметрах отзывчивости был рассмотрен на совещании основных поставщиков информации. Оба эти совещания были проведены в Женеве в декабре 1999 г., и их участники перечислены в Выражении признательности.

Редакция доклада была осуществлена Angela Haden и Barbara Campanini. Административная и техническая поддержка для Доклада о состоянии здравоохранения была предоставлена Shelagh Probst, Michel Beusenbergh, Amel Chaouachi и Chrissie Chitsulo. Предметный указатель английского издания был подготовлен Liza Weinkove.

На обложке доклада помещена фотография скульптуры «Восхождение к горизонту» (Rafael Barrios, Каракас, Венесуэла). Фотография, сделанная Mireille Vautier, воспроизводится с любезного разрешения ANA Agence photographique de presse, Париж, Франция.

Графические работы – Швейцария  
Напечатано во Франции  
2000/13315 – Stracom/Sadag – 1300



# СОДЕРЖАНИЕ

---

<b>ПОСЛАНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА</b>	ix
--	----

---

<b>ОБЩИЙ ОБЗОР</b>	xiii
Как возникли системы здравоохранения	xv
Возможности для улучшения	xvi
Улучшение качества предоставляемых услуг	xviii
Поиск лучшего соответствия	xx
Защита бедных	xxi

---

## ГЛАВА ПЕРВАЯ

<b>ПОЧЕМУ ТАК ВАЖНЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?</b>	1
Меняющийся «ландшафт»	3
Что представляет собой система здравоохранения?	5
Чем занимаются системы здравоохранения?	8
В чем состоит значение систем здравоохранения?	10
Как возникли современные системы здравоохранения?	13
Три поколения реформ систем здравоохранения	16
Акцент на качество	20

---

## ГЛАВА ВТОРАЯ

<b>НАСКОЛЬКО ХОРОШО РАБОТАЮТ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?</b>	23
Достижения и результаты работы	25
Задачи и функции	25
Хорошее качество и справедливость: значение как уровня, так и распределения	28
Измерение результатов достижения целей	29
Общее достижение: объединение показателей хорошего качества и справедливости	43
Функционирование системы: получение результатов с учетом ресурсов	44
Улучшение деятельности: четыре ключевые функции	49

---

## ГЛАВА ТРЕТЬЯ

<b>УСЛУГИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НАСКОЛЬКО ХОРОШО ОНИ ВЫБРАНЫ И ОРГАНИЗОВАНЫ?</b>	53
Организационные неудачи	55
Люди в центре внимания служб здравоохранения	56
Выбор мероприятий: достижение лучшего здоровья на основе имеющихся ресурсов	58

Выбор мероприятий: что еще необходимо учитывать?	62
Выбор мероприятий: что необходимо знать?	64
Осуществление приоритетов посредством рациионирования помощи	65
После выбора приоритетов: организация услуг и стимулы для провайдеров	68
Организационные формы	69
Конфигурации оказания услуг	71
Ориентация стимулов	73
Интеграция оказания услуг	76

---

## **ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ**

<b>КАКИЕ ТРЕБУЮТСЯ РЕСУРСЫ?</b>	81
Достижение баланса существующих ресурсов	83
Кадровые ресурсы имеют ключевое значение	85
Приспособление к прогрессу в знаниях и технологиях	90
Общественное и частное производство ресурсов	91
Наследство прошлых инвестиций	93
Характеристика ресурсов здравоохранения	94
Изменение моделей инвестирования	98
Путь вперед	100

---

## **ГЛАВА ПЯТАЯ**

<b>КТО ОПЛАЧИВАЕТ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?</b>	105
Как работает система финансирования?	107
Предоплата и сбор средств	109
Распределение риска и субсидирование бедных: создание пула ресурсов	112
Стратегические закупки	118
Организационные формы	121
Стимулы	123
Как финансирование влияет на справедливость и эффективность	127

---

## **ГЛАВА ШЕСТАЯ**

<b>КАК ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ЗАЩИТА ИНТЕРЕСОВ ОБЩЕСТВА?</b>	131
Роль правительства в управлении ресурсами здравоохранения	133
Какие недостатки имеют системы управления сегодня?	134
Политика в области здравоохранения – взгляд в будущее	137
Утверждение правил, гарантия исполнения	139
Проявление интеллектуальных способностей, обмен знаниями	145
Стратегии, роли и ресурсы: кто и что должен выполнять?	149
В чем же заключаются трудности?	153
Как улучшить работу	155



<b>СТАТИСТИЧЕСКОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ</b>		163
Пояснительная записка		165
Таблица 1 Приложения	Деятельность и результаты работы систем здравоохранения во всех государствах-членах на основе восьми показателей по расчетным данным за 1997 год	174
Таблица 2 Приложения	Основные показатели для всех государств-членов	178
Таблица 3 Приложения	Смертность с указанием причины, пола и уровня смертности по регионам ВОЗ, по данным за 1999 год	186
Таблица 4 Приложения	Бремя заболеваемости и годы жизни с коррекцией на инвалидность (DALY) с указанием причины, пола и уровня смертности в регионах ВОЗ, данные за 1999 год	192
Таблица 5 Приложения	Достижение здоровья, уровень и распределение во всех государствах-членах, оценки за 1997 г. и 1999 г.	198
Таблица 6 Приложения	«Отзывчивость» систем здравоохранения, уровень и распределение во всех государствах-членах, индексы ВОЗ, оценки за 1999 год	206
Таблица 7 Приложения	Справедливость финансового взноса в систему здравоохранения во всех государствах-членах ВОЗ, индекс ВОЗ, оценки за 1997 год	210
Таблица 8 Приложения	Отдельные показатели национальных счетов здравоохранения по всем государствам-членам, оценки за 1997 год	214
Таблица 9 Приложения	Общее достижение систем здравоохранения во всех государствах-членах, индекс ВОЗ, оценки за 1997 год	218
Таблица 10 Приложения	Деятельность систем здравоохранения во всех государствах-членах, индекс ВОЗ, оценки за 1997 год	222

---

## **ПЕРЕЧЕНЬ ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ПО РЕГИОНАМ ВОЗ И УРОВНЯМ СМЕРТНОСТИ**

227

---

## **ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ**

231

---

### **ТАБЛИЦЫ**

Таблица 3.1	Мероприятия, которые могут оказать большое потенциальное воздействие на результаты в отношении здоровья	60
Таблица 3.2	Примеры организационных стимулов для амбулаторной помощи	75

Таблица 5.1	Оценочные данные в отношении наличных расходов в расходах на здравоохранение в зависимости от уровня доходов стран, 1997 г.	109
Таблица 5.2	Подходы к распределению рисков и субсидированию бедных: примеры стран	114
Таблица 5.3	Механизмы оплаты услуг поставщиков и поведение поставщиков	120
Таблица 5.4	Воздействие внутренних стимулов на различные организационные формы	125
Таблица 5.5	Воздействие внешних стимулов на различные организационные формы	126

## РИСУНКИ

Рисунок 1.1	Охват населения и виды медико-санитарного вмешательства в соответствии с различными представлениями о первичной медико-санитарной помощи	18
Рисунок 2.1	Взаимоотношения между функциями и целями системы здравоохранения	28
Рисунок 2.2	Ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность жизни, скорректированная на инвалидность, для мужчин и женщин по регионам ВОЗ и группам высокой и низкой детской смертности и смертности взрослых, 1999 г.	32
Рисунок 2.3	Неравенства в ожидаемой продолжительности жизни при рождении с разбивкой по полу в шести странах	34
Рисунок 2.4	Относительные места «элементов отзывчивости» систем здравоохранения в 13 странах, 1999 г.	38
Рисунок 2.5	Взносы домашних хозяйств в финансирование здоровья в процентах от платежеспособности в восьми странах	41
Рисунок 2.6	Функционирование системы по уровню здоровья (ожидаемой продолжительности жизни, скорректированной на инвалидность) относительно расходов здравоохранения на душу населения, 191 государство-член, 1999 г.	48
Рисунок 2.7	Общее функционирование системы здравоохранения (все достижения) относительно расходов здравоохранения на душу населения, 191 государство-член, 1997 г.	49
Рисунок 3.1	Множественность функций, выполняемых людьми в системе здравоохранения	57
Рисунок 3.2	Вопросы, которые следует задать, прежде чем решать, какие мероприятия финансировать и обеспечивать	63
Рисунок 3.3	Различные способы рациионирования мероприятий в области здравоохранения в соответствии со стоимостью и степенью их необходимости	68
Рисунок 3.4	Различные внутренние стимулы в трех организационных структурах	74
Рисунок 4.1	Вложения в систему здравоохранения: от финансовых ресурсов до мероприятий в сфере здравоохранения	83

Рисунок 4.2	Комбинация вложений в системы здравоохранения: сопоставление четырех стран с высоким уровнем доходов, ситуация около 1997 г.	96
Рисунок 4.3	Комбинация вложений в системы здравоохранения: сопоставление показателей четырех стран со средним уровнем доходов, ситуация около 1997 г.	97
Рисунок 5.1	Создание пула для перераспределения риска и перекрестное субсидирование для достижения большей справедливости	112
Рисунок 5.2	Структура финансирования и организации системы здравоохранения в четырех странах	116

## РАМКИ

Рамка 1.1	Бедность, нездоровье и вопросы экономической эффективности	6
Рамка 1.2	Медико-санитарные знания, а не доход определяют историческое различие в состоянии здоровья в городах и сельской местности	12
Рамка 2.1	Общие показатели здоровья населения	31
Рамка 2.2	Какое значение имеют различные элементы отзывчивости?	36
Рамка 2.3	Что показывает справедливый взнос и что не показывает?	43
Рамка 2.4	Определение значения компонентов, определяющих общее достижение	44
Рамка 2.5	Оценка «наибольшего», чего можно ожидать от системы, и наименьшего, что необходимо потребовать	47
Рамка 4.1	Замены в сфере кадровых ресурсов	86
Рамка 4.2	Проблемы кадровых ресурсов в предоставлении услуг	88
Рамка 4.3	Расширение разрыва в использовании технологий?	92
Рамка 4.4	Глобальный альянс в области вакцин и иммунизации (GAVI)	93
Рамка 4.5	Инвестиции в больницы в странах бывшего СССР до реформы политики	100
Рамка 5.1	Значение вкладов доноров в системе сбора взносов и закупок в развивающихся странах	108
Рамка 5.2	Рынок медицинского страхования в Чили: когда руководство «не компенсирует» объединения проблем конкуренции и несоответствий между «внутренними» и «внешними» инициативами	124
Рамка 6.1	Тенденции в национальной политике здравоохранения: от планов к структуре	136
Рамка 6.2	Среднесрочная политика Ганы в области здравоохранения	137
Рамка 6.3	SWAP: подходят ли эти методы для управления?	138
Рамка 6.4	«Hisba» – система управления в исламских странах	140
Рамка 6.5	Южная Африка: регулирование рынка частного страхования с целью увеличения пула рисков	142
Рамка 6.6	Введение системы медицинского страхования в Нидерландах	144



---

Рамка 6.7	Реакция системы на заявления пациентов о своих правах	147
Рамка 6.8	К вопросу обеспечения правильного управления – ситуация с фармацевтической продукцией	148
Рамка 6.9	Таиланд: роль средств массовой информации при управлении системой здравоохранения	151

## ПОСЛАНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА

**К**аковы составляющие хорошей системы здравоохранения? Что делает систему здравоохранения справедливой? Как мы определяем, работает ли система здравоохранения так хорошо, как она могла бы работать? Такие вопросы становятся предметом для общественных дебатов в большинстве стран мира.

Естественно, что ответы зависят от точки зрения отвечающего. Министр здравоохранения, отстаивающий бюджет в парламенте; министр финансов, стремящийся обеспечить удовлетворение многих запросов на общественные средства; измученный проблемами руководитель стационара, на которого оказывают давление, с тем чтобы он отыскал большее число коек; врач и медицинская сестра в центре здоровья, у которых только что кончились запасы антибиотиков; редактор газеты в поисках интересного материала; мать, стремящаяся обеспечить лечение ее двухгодовалому и больному ребенку; группа, лоббирующая требование улучшения существующих служб, – все они имеют свою точку зрения. Мы во Всемирной организации здравоохранения должны помочь им всем с тем, чтобы найти взвешенное решение.

Из какого стандарта мы бы ни исходили, очевидно, что в ряде стран системы здравоохранения работают хорошо, а в других плохо. Это связано не только с различиями в доходах или расходах: мы знаем, что показатели результативности могут быть весьма значительными, даже в странах с сопоставимыми уровнями расходов на здравоохранение. То, как спроектированы системы здравоохранения, то, как ими руководят и как их финансируют, – все это сказывается на жизни людей и их состоянии. Различие между хорошо работающей системой здравоохранения и той, которая не оправдывает ожиданий, может измеряться показателями смертности, инвалидности, обнищания, унижения и отчаяния.

Когда я стала Генеральным директором в 1998 г., моей главной задачей было обеспечить такое положение, при котором развитие систем здравоохранения стало бы центральным звеном в работе ВОЗ. Я также придерживаюсь той точки зрения, что, осуществляя нашу работу в указанной сфере в соответствии с ценностями здоровья для всех, наши рекомендации должны исходить скорее из фактических данных, чем из идеологии. Настоящий доклад является результатом этого. Я надеюсь, что он станет заметной публикацией в области развития систем здравоохранения. Улучшение деятельности систем здравоохранения во всем мире – вот основная задача данного доклада.

Наша задача состоит в том, чтобы понять те факторы, от которых зависит так много. И это нелегкая задача. Мы проводили дискуссии о том, как следует определять систему здравоохранения с тем, чтобы в попытке очертить круг наших обязанностей выйти за пределы оказания общественных и личных медико-санитарных услуг и охватить другие области общественной политики, которые оказывают воздействие на здоровье людей. Это предполагает, что границы систем здравоохранения должны включать все направления деятельности, цель которых заключается в улучшении здоровья.

Данный доклад открывает новые горизонты, помогая нам понять задачи систем здравоохранения. Очевидно, что главная цель этих систем состоит в том, чтобы



Гро Харлем Брундланд



улучшить и защитить здоровье, но в них есть и другие, свойственные им цели. Эти цели связаны с вопросами справедливости в оплате людьми расходов на медико-санитарную помощь и с тем, насколько системы здравоохранения соответствуют надеждам людей в отношении того, как их лечат. Там, где речь идет о здоровье и ожиданиях, достижение среднего высокого уровня является недостаточным: задачи системы здравоохранения должны также включать сокращение неравенства, с тем чтобы улучшить положение наиболее необеспеченных. В данном докладе осуществление необходимых мер для достижения этих целей составляет основу для определения того, как работают системы здравоохранения.

Если те, кто отвечает за принятие решений, будут действовать на основе показателей результативности, им необходимо располагать четким пониманием основных функций, которые ложатся на систему здравоохранения. Поэтому данный доклад определяет четыре основные функции: предоставление помощи; обеспечение необходимых кадровых и физических ресурсов, которые делают возможным оказание такой помощи; сбор и объединение ресурсов, используемых для оплаты медико-санитарных услуг; и, что наиболее важно, функцию руководства – определение и выполнение правил для работы и обеспечение стратегических направлений для всех участников этого процесса.

Вне сомнения, что многие из концепций и мер, описываемых в данном докладе, потребуют дальнейшего усовершенствования и развития. Сегодня ограниченность наших знаний о системах здравоохранения объясняется слабостью обычных информационных систем и недостаточным вниманием, уделяемым научным исследованиям. С учетом этого данный доклад потребовал значительных усилий по сбору данных, сбору новой информации для осуществления необходимого анализа и синтеза. В нем учитываются также взгляды большого числа респондентов, как внутри ВОЗ, так и за ее пределами, в отношении интерпретации данных и относительной ценности различных задач.

Материал данного доклада не может дать окончательного ответа на каждый вопрос, который может быть поставлен в отношении того, как работают системы здравоохранения. Вместе с тем, он содержит и представляет последние из имеющихся фактических данных. Он указывает на то, что, несмотря на сложность тематики и ограниченность данных, можно получить разумную оценку существующего положения дел таким образом, чтобы она вошла в повестку дня для работы в дальнейшем.

Я надеюсь, что данный доклад внесет свой вклад в работу по оценке и улучшению систем здравоохранения. Оценка деятельности позволяет тем, кто определяет политику, обеспечивает медико-санитарную помощь, и населению в целом увидеть себя в контексте социальной аранжировки, созданной ими для улучшения здоровья. Он приглашает к размышлению о движущих силах и формах деятельности, а также о мерах, способных содействовать их улучшению.

Для ВОЗ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 является вехой в долгосрочном процессе. Оценка того, как работает система здравоохранения, станет характерной особенностью докладов о состоянии здравоохранения в мире начиная с сегодняшнего дня с использованием улучшенных и обновленных информационных данных и методик по мере их становления.

Хотя сегодня мы находимся лишь на раннем этапе, пытаюсь осознать комплексное взаимодействие всех факторов, некоторые важные выводы уже очевидны:

- Окончательная ответственность за работу системы здравоохранения в стране ложится на ее правительство. Осторожное и ответственное руководство в вопросах благополучия населения – именно руководство – составляет основу, существо и смысл хорошего правительства. Здоровье населения есть всегда национальный приоритет: ответственность правительства за него является постоянной и неизменной.
- Если вести счет каждому доллару, который тратится на здравоохранение, то многие страны сегодня не достигают необходимой результативности в своей работе. Итогом этого опять же является большое число поддающихся

профилактике случаев смерти и жизни, исковерканных инвалидностью. Основное бремя этого несоответствия в диспропорциональной степени ложится на плечи бедняков.

- Системы здравоохранения занимаются не только улучшением здоровья людей, но и защитой их от финансовых расходов, связанных с болезнью. Проблема, с которой сталкиваются правительства в странах с низким уровнем дохода, состоит в том, чтобы сократить регрессивное бремя наличных выплат за медико-санитарную помощь за счет расширения систем предоплаты, что позволяет обеспечить более равномерное распределение финансового риска и сократить угрозу катастрофических расходов на оказание медицинской помощи.
- В рамках правительственных органов многие министерства здравоохранения сосредотачивают свое внимание на общественном секторе здравоохранения, зачастую игнорируя гораздо более значительный сектор частного финансирования предоставления помощи. Все большая проблема для правительств сегодня заключается в том, чтобы обратить на общее благо ту энергию, которая имеется сегодня в частном и добровольном секторах, для обеспечения лучших показателей деятельности систем здравоохранения, избежав той угрозы, которая зачастую связана с частным рынком.
- Руководство в конечном итоге связано с обеспечением должного надзора за всей системой, с тем чтобы избежать «близорукости», узости взглядов или пренебрежения неудачами самой системы. Данный доклад предназначен для того, чтобы сделать эту задачу легче, обратив особое внимание на новые фактические данные.

В заключение я хотела бы выразить надежду на то, что данный доклад поможет тем, кто отвечает за политические решения, сделать разумный выбор. В случае, если они сделают это, в значительном выигрыше окажутся все страны, и бедное население извлечет из этого наибольшую пользу.



Гро Харлем Брунланд  
Женева  
Июнь 2000 г.





## ОБЩИЙ ОБЗОР

Сегодня и каждый день жизнь большого числа людей находится в руках системы здравоохранения. С момента благополучных родов здорового ребенка и до момента оказания достойной помощи слабым пожилым людям системы здравоохранения несут на себе жизненно важную непрерывную ответственность перед людьми на протяжении всей их жизни. Эти системы чрезвычайно важны для здорового развития отдельных лиц, семей и общества повсеместно.

В настоящем докладе системы здравоохранения определяются как совокупность любых организаций, институтов и ресурсов, предназначенных для действий в интересах здоровья. Действия в интересах здоровья – это любой вид помощи: будь то индивидуальная помощь или услуги в сфере общественного здравоохранения, либо услуги, оказываемые на основе межсекторальных инициатив, главная задача которых заключается в улучшении здоровья.

Однако хотя задача улучшения здоровья является главной задачей системы здравоохранения, она не единственная. Цель хорошего здоровья сама по себе по существу двояка: наилучший достижимый средний уровень – *хорошее качество* – и учитываемое очевидное различие, проявляемое в отношении отдельных лиц и групп, – справедливость. Хорошее качество означает соответствие системы здравоохранения тому, чего население ждет от нее; справедливость означает, что она одинаково, без дискриминации реагирует на любой запрос. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.*, полностью посвященном системам здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения расширяет свою традиционную озабоченность физическим и психическим благополучием людей, с тем чтобы особо выделить элементы хорошего качества и справедливости.

В беспрецедентной степени он учитывает ту роль, которую играют люди как поставщики и потребители медико-санитарных услуг, как финансовые вкладчики в системы здравоохранения, как работники внутри их и как граждане, отвечающие за ответственное управление или руководство ими. В докладе рассматривается вопрос о том, как хорошо или как плохо системы решают проблему неравенства, в какой мере они соответствуют ожиданиям людей, в какой мере, полно или недостаточно, они уважают человеческое достоинство, права и свободы.

*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* содержит и новый элемент, представляя впервые показатель того, как функционируют национальные системы здравоохранения, пытаясь достичь трех основных целей: *хорошего здоровья, соответствия ожиданиям населения и справедливости финансового вклада.*

Прогресс в достижении указанных целей в значительной мере зависит от того, насколько хорошо системы обеспечивают четыре жизненно важные функции. Такими функциями являются: *предоставление помощи, обеспечение ресурсов, финансирование и руководство.* Настоящий доклад посвящает отдельную главу каждой функции и представляет определенные выводы и рекомендации в отношении политики по каждому из разделов. Особый акцент делается при этом на руководство, которое оказывает значительное воздействие на три другие функции.

Многие вопросы в отношении деятельности систем здравоохранения не имеют четких или простых ответов, поскольку результаты трудно измерить и отделить непосредственно вклад самой системы здравоохранения от других факторов. Основываясь на проделанной ранее полезной работе, настоящий доклад представляет структуру ВОЗ для оценки деятельности систем здравоохранения. За счет



разъяснения и количественного определения задач систем здравоохранения, взаимосвязи их с основными функциями указанная структура призвана оказать содействие государствам-членам в оценке собственной деятельности, а также в понимании тех факторов, которые являются ее составляющими, обеспечить ее улучшение и лучшее соответствие запросам и ожиданиям тех людей, которым они служат и которых они представляют. Анализ и синтез большого объема информации может быть кратко представлен в качестве определенного параметра общих достижений за счет показателя деятельности, который должен вести к новым научным исследованиям и разработке политики. Указанный показатель станет обязательным для будущих Докладов о состоянии здравоохранения в мире и будет улучшаться и обновляться каждый год.

Указанная структура стала основой для дискуссий за круглым столом, озаглавленных «Решение основных проблем систем здравоохранения», с участием министров здравоохранения на Пятьдесят третьей сессии Ассамблеи здравоохранения в Женеве в мае 2000 г. Тематика этих дискуссий нашла свое отражение в данном докладе, и итоги этих обсуждений помогут в ориентации дальнейшей работы в отношении структуры.

Те, кто отвечает за принятие политических решений, должны знать, почему системы здравоохранения работают определенным образом, и что они могут сделать для того, чтобы улучшить положение дел. Системы здравоохранения выполняют функции, связанные с предоставлением личных и обезличенных услуг в сфере здравоохранения; обеспечения необходимых кадровых и физических ресурсов для того, чтобы сделать это возможным; сбор и объединение средств для приобретения определенных видов услуг; выступая при этом в качестве общих распорядителей в отношении ресурсов, возможностей и надежд, которые на них возлагаются.

Сопоставление того, каким образом на деле осуществляются указанные функции, является основой для понимания различий в деятельности указанных служб на протяжении определенного времени и среди различных стран. Вне сомнения, многие из концепций и мер, описываемых в данном докладе, потребуют уточнения. Существуют важные задачи в отношении разработки и улучшения данных в том, что касается достижения целей и функций систем здравоохранения. И все же очень многое может быть достигнуто на основе уже имеющейся информации. Доклад представляет наилучшие имеющиеся для этого на сегодня данные. Поступая таким образом, он стремится к тому, чтобы содействовать национальному и глобальному совершенствованию имеющихся навыков, а также информации, которая необходима для получения надежных данных в отношении уровня и детерминантов деятельности как основы для улучшения работы системы.

«Улучшение деятельности» является с учетом этого ключевым термином и *raison d'être* этого доклада. Главная миссия ВОЗ состоит в достижении всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья с особым акцентом на ликвидацию разрывов как внутри стран, так и между ними. Способность Организации выполнить эту миссию во многом зависит от эффективности систем здравоохранения в государствах-членах, и укрепление этих систем является одной из четырех стратегических императивов для ВОЗ. Она хорошо сочетается с тремя другими: сокращением чрезмерной смертности среди бедных и маргинализированных групп населения; эффективным решением проблемы основных факторов риска; рассмотрением вопросов здравоохранения в качестве центральных в более «широкой» повестке дня по вопросам развития.

Борьба с эпидемиями болезней, стремление сократить младенческую смертность и борьба за безопасную беременность – вот приоритеты ВОЗ. Организация сможет достичь очень немногого в этой и других сферах, если она не будет принимать необходимых мер для укрепления систем здравоохранения, с помощью которых все средства жизнеобеспечения и улучшения жизни выйдут «на передовую».

В настоящем докладе утверждается, что различная степень эффективности, с помощью которой системы здравоохранения организуются и финансируются, а

также реагируют на потребности населения, в значительной мере объясняет растущий разрыв в показателях смертности между богатыми и бедными в странах и между странами во всем мире. Даже в странах с аналогичным уровнем дохода имеются недопустимые различия в результатах медицинских вмешательств. Настоящий доклад указывает на то, что неравенства в предполагаемой продолжительности жизни сохраняются и в значительной мере ассоциируются с социально-экономическим классом даже в странах, которые в среднем имеют достаточно хороший уровень здоровья. Более того, разрыв между богатыми и бедными продолжает расширяться, поскольку предполагаемая продолжительность жизни подразделяется на «годы хорошего здоровья» и годы инвалидности. По существу, бедняки не только живут меньше, чем обеспеченные люди, но и большая часть их жизни приходится на годы инвалидности.

Короче говоря, таким образом системы здравоохранения, а также 35 миллионов людей, которые работают в них во всем мире, выполняют свои обязанности. Именно это обеспечивает значительные различия в качестве и результатах, а также в увеличении продолжительности жизни миллиардов людей, которым они служат.

## КАК ВОЗНИКЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Представляемый в настоящем докладе обзор эволюции современных систем здравоохранения и различных этапов реформ не оставляет сомнений в том, что в целом они уже обеспечили огромный вклад в улучшение здоровья для большинства населения в мире на протяжении двадцатого столетия.

Сегодня системы здравоохранения во всех странах – как богатых, так и бедных – играют более значительную и влиятельную роль в жизни людей, чем когда-либо ранее. Определенного вида системы здравоохранения существуют с того момента, как люди сделали попытку защитить свое здоровье и лечить болезни. Традиционная практика, зачастую взаимосвязанная с духовным наставничеством и предоставляющая как профилактические, так и лечебные виды помощи, существует вот уже много тысяч лет и сегодня порой сосуществует вместе с современной медициной.

Однако 100 лет тому назад организованные системы здравоохранения в современном понимании этого термина почти не существовали. За редким исключением люди почти не обращались в больницы. Большинство из них было рождено в больших семьях, и во младенчестве и детстве им угрожал целый ряд потенциально смертельных заболеваний – корь, оспа, малярия и полиомиелит. Показатели младенческой и детской смертности были очень высоки, так же как и показатели материнской смертности. Предполагаемая продолжительность жизни была короткой – даже пятьдесят лет тому назад она при рождении составляла всего лишь 48 лет. Роды обычно происходили дома, и очень редко на них присутствовал врач.

В качестве очень короткой иллюстрации современной роли, которую играют системы здравоохранения, в данном докладе речь пойдет всего лишь об одних, но особых родах. В прошлом году эксперты Организации Объединенных Наций подсчитали, что 13 октября 1999 г. население мира достигнет шести миллиардов. В этот день в роддоме в Сараево родился мальчик, который стал шестимиллиардным жителем планеты. Ребенок появился в этом мире в тот момент, когда ожидаемая продолжительность жизни в Боснии в среднем составляла 73 года.

Он родился в большом городском стационаре, который укомплектован опытными акушерками, медицинскими сестрами, врачами, техническим персоналом. В их распоряжении были высокие технологии, лекарственные средства и препараты. Сама больница представляет собой лишь часть сложной системы здравоохранения, которая есть одно из звеньев широкой сети работников и мероприятий, которые так или иначе связаны с измерением, поддержанием и улучшением здоровья этого ребенка на протяжении всей его жизни, так же как и всего населения. Все вместе эти

заинтересованные участники, независимо от того, предоставляют ли они какие-либо услуги, финансируют их или руководят ими, составляют саму систему здравоохранения.

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

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

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

Идеологически это означает больший акцент на индивидуальный выбор и индивидуальную ответственность. Политически это означает сокращение числа обещаний и надежд в отношении того, что надлежит делать правительству. Но в то же время население ожидает от систем здравоохранения гораздо больше, чем ранее. Практически каждый день появляются новые виды лекарств и курсов лечения или заявляется об успехах медицинской науки и технологий здравоохранения. Темпы этого прогресса могут быть сравнимы лишь со степенью роста спроса со стороны населения и тех преимуществ, которые этим обеспечиваются.

Результатом всего этого становится увеличение спроса и давления на системы здравоохранения – как в общественном, так и в частном секторах, – во всех странах, богатых или бедных. Вне сомнения, что существуют определенные пределы в отношении того, что правительства могут финансировать и какие услуги они могут оказать. Настоящий доклад ставит своей целью стимулирование общественной политики, которая признает ограничения, с которыми имеют дело правительства. Если услуги предоставлять всем, то тогда не все услуги можно обеспечить.

## ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ

В рамках любой системы существуют очень много опытных, преданных людей, работающих на всех уровнях, с тем чтобы улучшить уровень здоровья населения. С началом нового столетия системы здравоохранения располагают необходимыми возможностями и потенциалом для того, чтобы добиться невиданных улучшений.

К сожалению, системы здравоохранения могут и неверно использовать имеющиеся у них возможности и «безрассудно тратить» свой потенциал. При неудовлетворительной структуризации, плохом руководстве, неэффективной орга-



низации и недостаточном финансировании системы здравоохранения могут принести больше вреда, чем пользы.

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

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

Как свидетельствует настоящий доклад, именно запросам бедняков уделяется меньше всего внимания – с ними обращаются менее уважительно, они имеют меньше возможностей, чтобы выбрать тех, к кому обратиться за помощью, и им предлагают услуги низшего качества.

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

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

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

Структура политики должна признавать все три названные цели системы здравоохранения и определять стратегии для достижения каждой. Далеко не все страны располагают четко сформулированной политикой в отношении хорошего качества и справедливого подхода в системе здравоохранения. Общественные заявления в отношении «взвешенности» результатов лечения, ответных мер системы и справедливости в вопросах финансирования еще только предстоит сделать во

многих странах. Политика должна решать вопросы методологии, с помощью которых можно обеспечить улучшение основных функций системы.

В докладе делается вывод о том, что в составе правительств многие министерства здравоохранения оказываются близорукими, сосредоточивая свое внимание на общественном секторе и часто игнорируя предоставляемую – нередко в большем объеме – медико-санитарную помощь частного сектора. В худшем случае правительства могут с закрытыми глазами смотреть на «черный рынок» в здравоохранении, где годами процветают коррупция, взяточничество, незаконное совместительство и другая нелегальная практика, с которой трудно бороться успешно. Их видение простирается недостаточно далеко для построения более здорового будущего.

Кроме того, некоторые министерства здравоохранения склонны и вовсе терять из виду свою самую важную цель – население в целом. Случается, что пациенты и потребители услуг попадают в их поле зрения лишь в тех случаях, когда растущая общественная неудовлетворенность заставляет их обращать на себя внимание министерства.

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

## УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

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



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

В противоположность тому, как принято обычно считать, доля финансирования частного здравоохранения превалирует в тех странах, где уровни доходов ниже. Однако более бедные страны редко имеют четко сформулированные руководящие принципы в отношении частного сектора. Поэтому им предстоит предпринять важные шаги в направлении признания и общения с различными группами лиц, предоставляющими частную медицинскую помощь, с тем чтобы иметь возможность оказывать на них влияние и регулировать их деятельность.

Частный сектор располагает возможностями для того, чтобы играть позитивную роль в улучшении функционирования системы здравоохранения. Но для того чтобы это произошло, правительства должны осуществлять основную функцию государства по управлению. Надлежащие стимулы и адекватная информация являются двумя мощными инструментами по улучшению деятельности.

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

Необходим открытый общественный процесс установления приоритетов с целью определения содержания «пакета» тех благ, которые должны быть доступны всем и которые должны отражать приоритеты в отношении заболеваемости, существующей на местном уровне; в числе прочих критериев также следует учитывать экономическую эффективность. Следует обновить и использовать такие вспомогательные механизмы, как клинические протоколы, регистрация, обучение, процессы лицензирования и аккредитации. Существует необходимость создания регулирующей стратегии, которая выявляет различные компоненты частного сектора и предусматривает усиление саморегуляции.

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

Для оценки изменений в стереотипах поведения, связанных с децентрализацией власти над средствами и медицинскими службами, а также влияния различных видов контрактных отношений с государственнымными и частными службами, предоставляющими медицинскую помощь, необходим мониторинг. Поиск равновесия между жестким контролем и независимостью, необходимой для мотивации деятельности лиц, предоставляющих медицинские услуги, является сложной задачей, которую следует решать на местном уровне. В большинстве ситуаций потребуются экспериментирование и адаптация. Для создания «реальной сети» из огромного количества существующих на полунезависимой основе лиц, предоставляющих



медицинские услуги, потребуется использование вспомогательного процесса обмена информацией.

## ПОИСК ЛУЧШЕГО СООТВЕТСТВИЯ

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

В целом правительства в недостаточной степени информированы относительно финансовых расчетов и подготовки кадровых и материальных ресурсов. Для исправления этой ситуации следует рассчитывать и использовать национальные счета здравоохранения (НСЗ) на более широкой основе. Они предоставляют важную информацию, необходимую для отслеживания отношения капиталовложений к текущим расходам или любых инвестиций к целому и последующего наблюдения за тенденциями изменений. Счета отражают как инвестиции извне, так и внутри страны, а также общественные и частные вложения, и в них собраны полезные количественные данные по физическим единицам – такие как количество медицинских сестер, медицинского оборудования, районных больниц – и их стоимость.

В той или иной форме такие счета существуют в большинстве стран. Но часто НСЗ имеются лишь в рудиментарной форме и все еще в недостаточной степени используются в качестве инструментов процесса управления. Данные из счетов позволяют министерству здравоохранения критически проанализировать оплаты, произведенные всеми держателями средств в системе здравоохранения.

Концепция стратегических «закупок», которая обсуждается в докладе, относится не только к оплате медико-санитарных услуг, но в равной мере к оплате вкладов в систему общественного здравоохранения. В тех случаях, когда такие вклады, как подготовленный медицинский персонал, диагностическое оборудование и транспортные средства, оплачиваются из общественных средств, министерство здравоохранения обязано обеспечить получение эквивалента затраченных средств – не только в отношении «разумности» цен, но также и в отношении эффективного использования закупленных позиций.

В тех случаях, когда компоненты системы здравоохранения оплачиваются другими учреждениями (такими, как частные страховые компании, службы, предоставляющие медицинскую помощь, семьями или другими общественными организациями), управленческая роль министерства состоит в использовании своего влияния в качестве регулирующего и «убеждающего» ведомства для обеспечения положительной результативности затраченных средств.

Центральное министерство может взять на себя принятие основных решений по капитальным вложениям, например в отношении стационаров третичного уровня или медицинских школ. Однако региональные и районные органы здравоохранения должны получить полномочия по принятию решений более широкого спектра в сфере осуществления менее крупномасштабных оплат, на основании указаний, критериев и процедур, предлагаемых центральным правительством.

Для обеспечения здорового равновесия между капитальными и текущими расходами в системе общественного здравоохранения необходимо проведение анализа тенденций как общественных, так и частных вложений средств, с учетом как отечественных, так и иностранных инвестиций. Четкая политическая структура, стимулы, регламентация и общественная информация должны быть направлены на

принятие важных решений в отношении капитальных расходов средств по всей системе в качестве противодействия произвольным решениям и политическому влиянию.

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

В некоторых странах, где социальная отдача от медицинской подготовки носит отрицательный характер, рассматривается вопрос о приватизации или закрытии образовательных учреждений. Безусловно, во многих случаях государственные субсидии образовательным учреждениям должны быть пересмотрены в свете стратегических оплат. Часто существует возможность изменения баланса исходных существующих уровней различных образовательных учреждений без их закрытия, при этом высвобождаются средства, которые могут быть направлены на переобучение более редким навыкам тех медицинских работников, которые составляют излишек рабочей силы.

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

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

## ЗАЩИТА БЕДНЫХ

В самых бедных странах мира большинство населения, в особенности наиболее малоимущая его часть, вынуждено платить за медицинское обслуживание из своего собственного кармана, в то самое время, когда они больны и больше всего нуждаются в медицинской помощи. Они с наименьшей степенью вероятности пользуются привилегиями систем предоплаты по месту работы и имеют меньший доступ по сравнению с более состоятельными группами населения к услугам с частичной компенсацией своих расходов по их оплате.

В настоящем докладе представлены убедительные свидетельства того, что предоплата является наилучшей формой сбора средств, тогда как оплата медицинского обслуживания из собственного кармана приводит к менее оптимальным результатам. В бедных странах бедные часто платят дважды – им приходится платить больше, как за счет налогов, так и систем страхования, независимо от того, используют ли они службы здравоохранения или нет, и многие из них вынуждены также платить неравную долю из своего кармана. Во многих системах здравоохранения существуют свидетельства того, что предоплата, осуществляемая в рамках системы страхования, приводит к большей финансовой справедливости. Главной задачей в сборе средств является расширение системы предоплаты либо за счет

общественного финансирования, либо обязательного страхования. Сбор средств в максимально возможных пределах является чрезвычайно важной задачей для распределения финансового риска в системе медико-санитарного обслуживания, снижая таким образом индивидуальный риск и возможность обнищания в связи с расходами на поддержание здоровья.

Системы страхования предусматривают объединение средств от отдельных вкладчиков или источников, с тем чтобы объединить и разделить риск в масштабах всего населения. Достижение большей справедливости в финансировании возможно лишь посредством объединения риска, – то есть те, кто здоровы, субсидируют медицинское обслуживание тех, кто болен, и те, кто богат, оплачивают медицинское обслуживание тех, кто беден. Следует разработать стратегии по расширению системы объединения риска таким образом, чтобы добиться успеха в выплате подобных субсидий.

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

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

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

Для того чтобы гарантировать получение наиболее оптимального обслуживания по системе предоплаты, система стратегических оплат должна заменить традиционно существующие механизмы, связывающие распорядителей бюджета с теми, кто предоставляет медицинскую помощь. Распорядители бюджета более не будут выполнять функцию пассивных финансовых посредников. Система стратегических оплат подразумевает предоставление лицам, осуществляющим медицинское обслуживание, наборов разумных поощрительных мер, которые будут стимулировать их к эффективному осуществлению приоритетных изменений. Для установления мер поощрения, стимулирующих большую готовность к осуществлению изменений и достижению результатов в отношении улучшения здоровья, необходимо проведение работы выборочно на контрактной основе с использованием нескольких механизмов оплаты.



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

