EUR/ICP/MPN 039
4710A
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ СЛУЖБАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Отчет о совещании ВОЗ

Лидс
29-31 января 1990 г.

1991 г. ЕРБ/ЗДВ задача 34

Примечание

Данный отчет публикуется Европейским региональным бюро на английском, немецком, русском и французском языках, однако может быть перепечатан или переведен на любой другой язык при условии соответствующего согласования.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Совещание было организовано Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве с Наффилдским институтом по исследованию служб здравоохранения Лидского университета. В нем приняли участие 27 представителей 14 стран Восточной, Центральной и Западной Европы, директор Европейской ассоциации управления медицинской помощью и три сотрудника ВОЗ. Участников приветствовали д-р D. Hunter, директор Наффилдского института, и д-р J.R. Bengoa от имени директора Европейского регионального бюро ВОЗ. Они представляли широкий спектр дисциплин, включая политику здравоохранения, планирование и управление, экономику здравоохранения, социологию, политические науки, социальное управление, медицину и общественное здравоохранение.

Были представлены восемь исходных документов, которые явились основой для проведения обсуждений на данном совещании. В документах рассматривается сложившееся положение в странах, которые либо уже проводят широкие реформы всей системы, либо исследуют новые пути и методы организации здравоохранения и управления ими. Эти документы поступили из Венгрии, Израиля, Испании, Нидерландов, Польши, Соединенного Королевства, СССР и Швеции плюс дополнительный документ из Федеративной Республики Германии, и они будут опубликованы позднее в совместной публикации ВОЗ и Наффилдского института.

Краткая справка

Несмотря на явные различия в системах здравоохранения европейских стран, касающиеся финансирования и организации, определяющие политику лица в ряде стран проявляют все больший интерес к применению рыночных принципов к решению проблем медицинской помощи. Этот интерес стимулируется

постоянной озабоченностью вопросами сдерживания расходов и обеспечения эффективности управления, желанием полнее ответить на предпочтения потребителей и требованием улучшить стандарты и качество предоставляемых услуг в целом. Существующие организационные структуры зачастую представляются излишне бюрократичными и невосприимчивыми к нуждам обслуживаемых пациентов.

В системах здравоохранения некоторых европейских стран уже применяются отдельные соглашения о покупке и предоставлении услуг. Другие страны либо начинают двигаться в этом направлении, либо обдумывают, как это сделать. Учитывая степень структурного брожения в европейских системах здравоохранения, необходимо отметить, что имеется значительный потенциал для сопоставительной оценки и перенятия всего ценного из опыта других стран по осуществлению таких стратегий.

Движение к смешанной или рыночно ориентированной системе здравоохранения может иметь большие последствия для всего спектра медицинских услуг, широты охвата ими и их стандартов, а также обеспечения равенства при их распределении. В тот период, когда существующие управляемые государством системы здравоохранения неизбежно демонстрируют неэффективность и другие проблемы, важно понять источник этих проблем, до того как запускать в действие новые механизмы, нацеленные на их решение.

Цель совещания состояла в рассмотрении этих новых тенденций в области управления и организации и оценки их соответствия конкретной политике и стратегиям здравоохранения, уже претворяемым в жизнь или разрабатываемым в отдельных странах. Было стремление не останавливаться на подробном изучении изменений в отдельных странах, а разработать набор вопросов и тем, общих для всех или, по крайней мере, касающихся в значительной степени всех участников.

В настоящее время в нескольких странах предпринимаются усилия с целью разработки новых соглашений по обеспечению медико-санитарным обслуживанием. Другие страны с большим

интересом наблюдают за этими тенденциями и либо проводят у себя эксперименты небольшого масштаба, либо изучают вопрос, как это сделать.

Целый ряд ключевых вопросов, касающихся управления, организации и финансирования медицинской помощи, заслуживают подробного рассмотрения и анализа. Ниже приводятся четыре примера такого рода.

Во-первых, предлагаемые или потенциальные изменения, как правило, связаны с внедрением рыночных принципов либо повсеместно в государственном секторе (т.е. внедрением конкуренции государственных учреждений), либо в смешанной системе государственных и частных учреждений медицинского обслуживания. Каковы вероятные преимущества и/или недостатки этих отличающихся друг от друга подходов?

Во-вторых, предлагаемые или потенциальные изменения в целом касаются управленческих процессов с объявленной целью улучшения функционирования и эффективности. Поэтому они задуманы как средства, ведущие к определенной цели, а не как цель сама по себе. Однако в какой степени эти изменения повлияют на результаты деятельности по охране здоровья? В какой степени рыночные понятия могут соответствовать понятиям планирования и стратегии здравоохранения в их нынешнем виде?

В-третьих, три основных сектора систем здравоохранения - первичная помощь, больничная помощь и коммунальная помощь - часто испытывают определенные трудности предоставления должным образом интегрированной и координированной помощи пациентам. Будут ли способствовать предлагаемые или потенциальные изменения применению более комплексного подхода к медицинскому обслуживанию?

В-четвертых, несмотря на очевидные различия, характерные для отдельных европейских служб здравоохранения, может происходить рост конвергенции идей относительно

трудноразрешимых на первый взгляд проблем. Чтобы различные ныне развиваемые новые тенденции рыночного характера способствовали развитию мышления и анализа политики в других странах, рассматривающих необходимость проведения таких же реформ, крайне важно, чтобы их опыт перенимался на возможно более ранней стадии.

Ход обсуждения

Формирование повестки дня

Д-р D. Nichol, старший руководитель, Национальное управление службами здравоохранения в Англии, выступил с речью на открытии совещания. Он указал на "спокойную революцию", которая происходит в системах здравоохранения в Европе. Эта революция, по его словам, уходит своими корнями в общую основу целого ряда проблем: повышение расходов на здравоохранение; растущая неудовлетворенность потребителей; нечувствительность к вопросам эффективности и результативности; и растущая озабоченность относительно результатов и качества предоставляемой помощи. Все эти факторы заставляют руководителей здравоохранения и лиц, определяющих политику, искать новые оптимальные пути удовлетворения потребностей в медико-санитарной помощи.

Стоящий на переднем плане повестки дня вопрос об изменениях в странах Европы, несмотря на различия в организации и финансировании их систем здравоохранения, также имеет примерно одинаковые черты в разных странах, поскольку основное внимание сосредоточено на таких вопросах, как качество помощи; улучшение использования ресурсов; потребительский характер медицинской помощи; улучшение связей между первичным, вторичным и третичным уровнями помощи; и более эффективные пути инспектирования служб.

Существует общая тенденция в странах, проводящих реорганизацию своих систем здравоохранения, продолжал докладчик, смотреть в корень проблем и концентрировать свои усилия на немедленном осуществлении изменений. Это вполне понятно; однако замкнутость и обособленность могут вызвать

определенные трудности, поскольку прошлые ошибки могут вновь и вновь повторяться. Поэтому такие международные совещания, как нынешнее, представляют собой ценную возможность поделиться опытом друг с другом и поучиться друг у друга.

Поиск решений

Совещание указало, что альтернативой поиску ответов внутри сложившейся системы является отказ от предыдущей практики и исследование с целью нахождения нового или нетрадиционного решения. Этот подход также может быть связан с определенными проблемами, поскольку испытанные методы (даже если они считаются желательными) могут быть отброшены и заменены необкатанными и в некоторых случаях даже не прошедшими проверку методами. Существует также возможность того, что "новый" путь вперед будет сопряжен с действиями ничем не ограничиваемых рыночных сил, определяющих характер и вид обеспечиваемых медицинских услуг.

Отказ от механистического планирования в пользу здравоохранения, определяемого законами рынка, также может быть поставлен под сомнение в части его правомерности. Социальная справедливость и важное значение процесса решения проблем - это те вопросы, которым уделяется все большее внимание со стороны лиц, определяющих политику. Существует опасность уступить давлению краткосрочных факторов, т.е. удовлетворять нынешние желания, не задумываясь о долгосрочном воздействии и последствиях. Идея состоит в том, чтобы найти другой, более оптимальный путь, учитывающий лучшее из того, что накоплено обеими системами здравоохранения, с тем чтобы совместить безопасность, обеспечиваемую государственной системой здравоохранения, с более активным участием каждого и возможностью выбора по своему усмотрению из имеющегося набора медицинских услуг.

Обоснование реформы

Системы здравоохранения, утвердившиеся после окончания второй мировой войны, задумывались как стабильные структуры. Однако с течением времени эта стабильность привела к возникновению жестких рамок и нормативных процедур функционирования, которые зачастую соответствуют целям медицинского и управленческого персонала, вместо улучшения состояния здоровья и благополучия тех, кого они обслуживают. Неудовлетворенность населения таким состоянием дел наложилась на рост затрат на здравоохранение, что побудило правительства изыскивать другие пути и механизмы обеспечения медицинской помощью.

Многие участники в своих выступлениях выдвигали предложения, касающиеся проблем и предполагаемых реформ в системах здравоохранения широкого спектра стран Восточной, Центральной и Западной Европы. При этом, несмотря на различие исходных условий, вырисовывается целый ряд общих тем.

Контроль за расходованием средств и сдерживание их роста

Рост расходов на здравоохранение, независимо от того, выделяются ли они централизованно или через фонды социального страхования и больничные фонды, и сопутствующий ему рост спроса на медицинскую помощь стали главным вопросом повестки дня во всех странах. В настоящее время рассматриваются самые разнообразные методы, нацеленные на сокращение расходов. Одним из часто упоминаемых является внедрение в систему учета модифицированной формы групп, объединенных по признаку сходного диагноза, как средства определения, где и каким образом тратятся средства на лечение. Полученная в этой связи информация может быть использована как основа для разработки новой политики.

Надежды населения

В этом разделе затрагивается целый ряд вопросов: во-первых, растущая неудовлетворенность пациентов в связи с отсутствием выбора по своему усмотрению соответствующей медицинской помощи из числа тех услуг, которые предоставляются существующими медицинскими службами; во-вторых, рост озабоченности из-за отсутствия непосредственной вовлеченности пациентов в принятие решений относительно медицинского обслуживания; и, в-третьих, рост надежд со стороны пациентов на лечебную систему здравоохранения, которые, как отмечается, не всегда соответствуют требованиям отвечать взаимностью, заботясь о своем собственном здоровье, что создает повышенную зависимость от лечебных служб здравоохранения. Эта причина заставляет правительства искать способы создания "партнерских отношений в области здравоохранения" между отдельным лицом и системой путем использования улучшенных механизмов предупреждения заболеваний, укрепления здоровья и мотивации пациентов.

Децентрализация

Общей чертой многих изменений или реформ является желание децентрализовать процесс принятия решений и довести его до местного уровня. Эта мера является ответной на давление со стороны населения на организаторов здравоохранения и призывы в большей степени учитывать конкретные нужды людей, что также означает большую степень отчетности в местных масштабах. Частично это является также попыткой усилить межсекторальное сотрудничество на местном уровне.

Рыночные механизмы

Многие страны рассматривают вопрос о применении различных форм рыночных механизмов в ответ на двойное давление со стороны роста расходов и усиления требований о предоставлении потребителю выбора в области медицинского обслуживания. Идея соревнования в рыночных условиях привлекательна тем, что, как представляется, ее осуществление

приведет к увеличению эффективности расходования средств, более широким возможностям выбора для пациентов и лучшему использованию ресурсов.

Качество помощи

Улучшение качества - это объявленная цель всех рассматриваемых реформ. Концепция "корзины" или пакета услуг часто упоминалась на совещании с положительной стороны; однако пока еще не выработано общее согласие в отношении того, что должно входить в этот пакет. Было также указано, что существующие системы медицинской информации недостаточно развиты для того, чтобы можно было определять качество результатов. Большинство систем отвечают задаче измерения вклада, однако не способны оценить, улучшили ли оказанные медицинские услуги состояние здоровья.

Подготовка персонала и повышение его квалификации

Большинство предложенных реформ окажут определенное воздействие на положение сотрудников. На совещании был охарактеризован целый ряд проблем персонала, которые необходимо будет решать одновременно с вопросами, касающимися осуществления реформы. Были затронуты следующие вопросы: отношение персонала, в особенности к пациентам; последствия для подготовки персонала и обеспечения его работой; воздействие на мораль; нехватка персонала; и переподготовка работающего персонала. Эти вопросы связаны с решением многих крупных проблем, которые возникнут перед разными системами здравоохранения, представленными на совещании.

Предлагаемые или потенциальные реформы, охарактеризованные в выступлениях участников от разных стран, высветили целый ряд ключевых факторов, влияние которых еще предстоит полностью оценить и осознать. Общей темой стало преобладающее желание осуществить изменения, основываясь на том понимании, что существующая инфраструктура больше не отвечает потребностям населения в медицинской помощи.

Таким образом, была четка обозначена необходимость или обоснование реформы. Однако вероятные последствия предлагаемых реформ не столь очевидны. Именно этот вопрос и стал предметом дальнейшего обсуждения на совещании.

Был сформулирован ряд вопросов, с тем чтобы сосредоточить обсуждение на том, каким образом новое мышление у лиц, определяющих политику, скажется на установившихся принципах оказания медицинской помощи (в сопоставлении с практикой в отдельных странах), как они были изложены в Алма-Атинской декларации и Европейской стратегии и задачах по достижению здоровья для всех, в особенности принципах, касающихся равенства, обеспечения соответствующей помощью и систем управления.

Участники разделились на группы и перед ними были поставлены следующие вопросы для обсуждения.

Базисные вопросы

1) В какой степени предложенные реформы окажут воздействие на нынешние стратегии и программы, касающиеся отдельных контингентов населения, местностей и мероприятий, в частности:

- межсекторальной деятельности, осуществляемой в сотрудничестве с сектором жилищного строительства, образования и другими секторами, и нацеленными на решение проблем определенных групп населения;

- обслуживания некоторых уязвимых групп населения (например, пожилых и слабых людей, детей, хронически больных и бедных);

- мероприятий по укреплению здоровья и санитарному просвещению?

2) Наблюдаемое среди учреждений движение к рыночным принципам, рыночной прибыльности и корпоративному стратегическому планированию означает сдвиг роли и места планирования. Каковы будут последствия этого сдвига в сравнении с существующими и/или продолжающими применяться подходами, основывающимися на планировании в государственном секторе?

3) Учитывая нынешние тенденции в организации и финансировании, каковы будут вероятные последствия для:

- существующих связей, определяющих характер отношений между профессиональным медработником и отдельным пациентом;

- отношений, связывающих медицинских работников и обслуживаемые ими местные коммуны?

Хотя ожидалось, что группы основные усилия направят на обсуждение базисных вопросов, им были также заданы и несколько дополнительных вопросов. В то время как в выступлениях и обсуждениях, имевших место до этого, исследовались предполагаемые выгоды от внедряемых или разрабатываемых реформ, эти дополнительные вопросы имели целью рассмотрение и анализ некоторых возникающих в связи с этим препятствий.

Дополнительные вопросы

1) В какой степени основанная на рыночных принципах система медицинской помощи будет способствовать достижению экономической эффективности с помощью повышения производительности и отдачи в краткосрочном плане вместо достижения долгосрочных социальных, политических и культурных целей?

2) Различные реформы рыночного характера будут порождать расходы, связанные с заключением различных сделок. Каковы будут эти расходы в соответствии с различными предложениями осуществления реформ, связанные с ведением переговоров, мониторингом, оценкой и в необходимых случаях обращением в суд по поводу заключенных контрактов? Многие такие реформы будут связаны с более частым использованием и в гораздо больших объемах формальных контрактов между покупателями и поставщиками соответствующих услуг.

3) Поощряя конкуренцию между различными службами, в какой степени предлагаемые реформы приведут к дублированию таких служб?

Результаты групповых обсуждений

Цель базисных вопросов состояла в сосредоточении внимания на влиянии или последствиях предлагаемых реформ. Стало ясно, однако, что между разрабатываемыми или уже осуществляемыми в разных странах реформами мало общего или вообще никаких сходных черт. Такое отсутствие единообразия или однородности приводит к попыткам отнести осуществляемые реформы к одной из следующих категорий:

- дополнение рыночными механизмами систем общественного здравоохранения, основывающихся на налогах;

- дополнение рыночными механизмами систем здравоохранения, основывающихся на социальном страховании;

- отход от систем общественного здравоохранения, основывающихся на налогах, и их замена системами финансирования за счет социального страхования (с возможным добавлением отдельных рыночных механизмов);

- движение от схем здравоохранения, основывающихся на структурах социального страхования, к системе общественного здравоохранения, основанной на налогах (с возможным добавлением отдельных рыночных механизмов).

Влияние реформ

Термин "рыночные механизмы" несомненно охватывает широкий спектр мер, некоторые из которых более радикальны, чем другие. Особенно важно проводить различия между мерами, нацеленными на создание открытости финансирования здравоохранения рыночному давлению - например, внедрению или укреплению систем долевой оплаты - и теми, которые предназначены для стимулирования конкуренции или выбора между государственными, добровольными или частными организациями, оказывающими медицинскую помощь. В целом считается, что меры, поощряющие увеличение доли частного финансирования в секторе здравоохранения, были бы менее желательным результатом, поскольку они сопряжены с риском возникновения нового неравенства или усиления прежнего неравенства в сложившейся системе, в то же время отдается предпочтение мерам, которые нацелены на поощрение конкуренции между оказывающими помощь, оставляя в то же время нетронутым существующий социально приемлемый баланс между государственным и частным финансированием. Этот вывод отражает утвердившуюся точку зрения, в соответствии с которой цели и задачи, которые ставят перед собой реформы, могут быть осуществлены лишь с помощью какой-либо формы государственной системы здравоохранения или системы с открытым доступом, каковы бы ни были детали и механизмы в конкретной стране.

Воздействие реформ на межсекторальную деятельность оценить довольно трудно. Хотя различные элементы в пакете реформ будут давать различный эффект, в целом можно заявить, что нет причин заранее предполагать, что реформы обязательно приведут к свертыванию межсекторальной деятельности. Нынешние системы испытывают значительные проблемы в области

межсекторального сотрудничества и координации, и действительно реформы располагают определенным потенциалом для улучшения сложившегося положения при условии, что они не приведут к внедрению каких-либо порочных стимулов, которые могут нанести ущерб делу охраны здоровья.

Некоторые аспекты реформ, например децентрализация и отказ от регулирования могут улучшить межсекторальное сотрудничество в связи со смешением акцента на поиск местных решений общих проблем, что может помочь людям совместно работать над их решением, в особенности там, где цели у них общие. Децентрализация здравоохранения, возможно, имеет наибольшие шансы содействовать усилению межсекторальной деятельности, особенно, если она приведет к улучшению характера и качества коммунальной системы наблюдения и мониторинга за состоянием здоровья населения, идентификации факторов риска, борьбе с воздействием факторов риска и разработке программ реабилитационных мероприятий.

Воздействие "рынка" на межсекторальную деятельность охарактеризовать гораздо труднее. Специфичность потребностей в медицинских услугах и их стандартов и подчеркивание их в контрактах могут помочь, а могут и не помочь межсекторальной координации. Риск состоит в том, что, как это случается и в рамках существующих систем, каждый сектор может попытаться переложить свои проблемы на плечи другого. Результат будет зависеть от согласования позиций каждого и внедрения в рамках системы необходимых стимулов. Однако это предполагает необходимость и полезность выработки определенного механизма, который будет регулярно выявлять отклонения и предпринимать, в необходимых случаях, регулирующие действия или, по крайней мере, стимулировать их применение.

Что касается воздействия на уязвимые группы населения, то в этом вопросе было указано на три категории уязвимости:

- социальная и интеллектуальная уязвимость;
- финансовая уязвимость;
- уязвимость состояния здоровья.

Улучшить возможности индивидуального выбора - это одна из целей реформ, и важно обеспечить, чтобы этот выбор могли сделать все, включая уязвимые категории населения. Мнения разделились относительно того, как лучше достичь этой цели. Некоторые указывали, что, если вводить конкуренцию между теми, кто оказывает медицинскую помощь, то над ними обязательно будет довлеть "сиеминутность" требований населения, при этом в результате уязвимые группы окажутся в проигрыше. Другие считают, что рыночные механизмы в системе здравоохранения с централизованно финансируемым государственным сектором улучшат эффективность и качество помощи, что, в свою очередь, приведет к улучшению шансов уязвимых групп, у которых мало возможностей или нет их совсем подать свой голос при существующей системе.

Помимо этого, в некоторых странах предлагается заменить основывающиеся на налогах системы схемами социального страхования именно для того, чтобы помочь наиболее уязвимым группам, которые поставлены в худшее положение из-за отсутствия четкости и ясности в нынешних соглашениях. При условии, что замена на схемы социального страхования будет иметь перераспределительный харктер, большие ресурсы могут помочь обеспечить интересы наиболее уязвимых групп в обществе. Каковы бы ни были реформы, общее мнение о них состоит в том, что государству необходимо будет все больше выступать в роли защитника уязвимых групп для обеспечения адекватного удовлетворения их нужд в создаваемых новых системах здравоохранения.

Представляется, что санитарное просвещение и укрепление здоровья не вписываются в задуманные реформы и в этой связи выражалась тревога по поводу того, что эти области деятельности могут отойти в тень и уступить конкурентному давлению, в особенности со стороны гораздо более мощных политически представителей сильного сектора. Эта проблема может даже обостриться, если представление населения о здравоохранении не будет переориентировано на задачи укрепления здоровья, учитывая гораздо большую наглядность результатов работы лечебного сектора. Кроме того, в условиях

соревнования гораздо более вероятно, что медицинские работники с одобрением отнесутся к мероприятиям, которые сулят выгоды уже в ближайшем будущем, и предпочтут их преимуществам, которые могут быть достигнуты в долгосрочном плане в рамках деятельности по укреплению здоровья.

Однако, хотя участники высказывали сомнения относительно того, что рыночные механизмы сами будут стимулировать деятельность по укреплению здоровья, подчеркивалось, что форма и цели реформ никоим образом не будут противодействовать возможному использованию рыночных механизмов за пределами сектора здравоохранения с целью поощрения и стимулирования укрепления здоровья. В качестве наглядных примеров таких возможностей приводились высокие налоги на табак и алкоголь и более низкие ставки медицинского страхования для тех, кто ведет здоровый образ жизни.

Место планирования

Место планирования и роль работников планирования претерпят изменения, однако, по-прежнему, они будут играть решающую роль в общем функционировании систем здравоохранения. Вполне вероятно, что планирование во все большей мере будет более конкретно увязываться с процессом принятия решений и достижением необходимых результатов. Таким образом, упор будет сделан на регулируемое планирование в рамках системы, в большей степени ориентирующейся на рыночные принципы.

Изменения в области планирования, вероятно, будут включать следующие элементы:

- изменения в масштабах планирования: планирование будет ограничиваться центральными вопросами, а не охватывать все детали, и будет более гибким и учитывающим колебания конъюнктуры;

- изменения по существу: задачи покупателей и продавцов в области планирования будут различными, хотя в конечном счете им необходимо будет приходить к взаимопониманию;

- изменения уровня: планы будут неотъемлемыми элементами всех уровней системы;

- изменения временных масштабов: периоды планирования вероятно будут более короткими, в особенности на местном уровне;

- неопределенность: неопределенность будет возрастать в особенности там, где рыночные механизмы получат наибольшее развитие.

Важным моментом является следующее соображение: там, где участие центральных органов в фактическом обеспечении медицинской помощью уменьшается, должна быть обеспечена возможность планирования более долгосрочного (стратегического) характера, и это позволит планирующим органам играть роль защитника интересов тех, кто не имеет возможности постоять за себя (уязвимые группы населения). Ключевым вопросом здесь является вопрос о том, в какой степени планирующая деятельность конкурирующих организаций, обеспечивающих медицинское обслуживание, будет или должна ограничиваться общенациональными задачами. Если будут превалировать общенациональные задачи, то основное внимание должно уделяться регулированию конкуренции.

Последствия для местных связей

Защитники всех четырех видов реформ считают, что они помогут улучшить связь между населением и работниками здравоохранения.

Работники здравоохранения/местные коммуны

В данный момент невозможно предсказать, каковы будут последствия рыночных механизмов. Децентрализация должна усилить участие местных коммун в охране здоровья и оказании медицинской помощи. Влияние децентрализации в значительной степени будет зависеть от механизмов ее осуществления, включая характер и участие местных управляющих органов и способы участия местного населения. Могут иметь место

различные схемы участия, если к этому подключатся такие ключевые лица, как скажем, представители местных деловых кругов, вновь избранные политические деятели или представители групп, выступающих за коммунальные действия. Отмечалось однако, что некоторые из предложенных реформ нацелены на создание более равных и менее патерналистских отношений между местной коммуной и работниками здравоохранения. На данном уровне важно будет понаблюдать и попытаться понять, каким образом финансовые соглашения влияют на поведение, в особенности в связи с тем, что многие реформы будут использовать финансовые механизмы не только для оплаты медицинской помощи, но и для оказания влияния на поведение лиц, оказывающих такую помощь.

Врачи/пациенты

"Контракт об охране здоровья" между врачом и пациентом может иметь различный характер: профессиональный, социальный или частный/юридический. Эти взаимоотношения изменяются частично в связи с негативной реакцией на патерналистскую модель медицинской помощи, рост числа групп самопомощи и интерес, проявляемый к альтернативным формам лечения. Большая свобода выбора и улучшение информирования относительно медицинского обслуживания должны еще больше расшатать эти связи. Определенная озабоченность выражалась относительно того, что внедрение финансового элемента в эти связи может иметь неблагоприятные последствия для пациента и, в особенности, для установления доверия между пациентом и врачом. Любая реформа выиграет, если она будет сопровождаться информированием населения и его просвещением в вопросах, где у него нет ясности в медицинских аспектах. Такого рода нововведения должны идти рука об руку с внедрением механизмов, обеспечивающих рассмотрение жалоб потребителей или их предложений.

В данном случае характер и длительность обсуждений, касавшихся трех базисных вопросов, свидетельствовали о том, что группы не имели возможности уделить серьезное внимание трем дополнительным вопросам. Один из них касается вероятных затрат, связанных с заключением сделок при различных

видах реформ рыночного характера. Было высказано предположение о том, что появятся особые расходы, связанные с ведением переговоров, мониторингом, оценкой, новыми переговорами и обжалованием контрактов в суде, но кроме того будут значительные дополнительные расходы, связанные с созданием и эксплуатацией информационных систем, необходимых для обеспечения данными относительно объемов медицинской помощи и расходов в качестве основы для установления систем оплаты за медицинские услуги.

Считается вполне определенным, что реформы приведут к возникновению дополнительных расходов, и в связи с этим возник вопрос о том, можно ли будет сократить затраты с помощью экономии средств за счет повышения эффективности. Здесь имеются три усложняющих фактора:

- текущие подсчеты нынешних расходов на управление не надежны и потенциально исказят реальную картину;

- национальные инструкции и регулирующие положения ограничат эффективность, достигаемую за счет внедрения рыночных механизмов;

- рынок здравоохранения будет характеризоваться несовершенствами как естественного, так и искусственного характера.

Вопросы, касающиеся научных исследований и развития

Вопросы, рассматривавшиеся дискуссионными группами, можно было бы назвать "метапроблемами", поскольку они не только сложны по характеру, но также и сопряжены с самыми разными последствиями. Неудивительно поэтому, что участники указали на необходимость дальнейшего анализа и разъяснения некоторых аспектов или элементов этих вопросов. Они могут быть кратко охарактеризованы следующим образом:

1) Каково оптимальное соотношение между централизацией и децентрализацией, необходимое для улучшения положения с оказанием медицинской помощи и состоянием здоровья населения? Как и почему различаются подходы отдельных стран к этим проблемам?

2) Какова роль капитала, приложение которого связано с риском в обеспечении медицинским обслуживанием и в улучшении состояния здоровья населения?

3) Каков реальный вклад служб здравоохранения в улучшение здоровья и какая методология подсчетов применяется для этого?

4) Какие изменения в самом процессе в рамках смешанной экономики здравоохранения вероятнее всего отразятся на пациентах, которые будут нуждаться в защите в связи с тем, что оказывающие медицинские услуги будут преследовать цель получения прибыли, а те, кто финансирует, будут стремиться сосредоточить в своих руках властные функции?

5) Во многих государствах-членах считается, что общепрактикующий врач регулирует процесс оказания медицинских услуг пациентам. Как изменится эта роль в смешанной экономике и каковы будут последствия?

6) Многие системы здравоохранения пытаются сдержать рост расходов с помощью снижения масштабов оказания помощи в специализированных учреждениях. Каковы границы оказания медицинской помощи на дому и как меняется технология лечения на дому?

7) Каковы критерии госпитализации пациентов и каким образом они могут изменяться в зависимости от характера заболевания?

8) В рамках некоторых из предложенных реформ пропагандируется идея замены сотрудников или освоения нескольких специальностей. Каковы будут требования к подготовке и повышению квалификации работников здравоохранения в таких системах здравоохранения, где центр тяжести переносится, там где это возможно, на оказание внебольничной помощи?

9) Важное значение стимулов, как ключего определяющего элемента, требует проведения дополнительных исследований, при этом особое внимание должно уделяться характеру разного рода стимулов и последствиям их применения, особенно изучению того, является ли их влияние на поведение устойчивым.

Рекомендации

1. Участники в целом согласились с тем, что масштабы и характер осуществляемых или разрабатываемых реформ в секторе здравоохранения в странах Восточной, Центральной и Западной Европы столь значительны и имеют столь далеко идущие последствия, что целесообразно время от времени проводить периодические совещания группы в составе, подобном нынешнему, с целью рассмотрения и оценки изменений по мере их возникновения и претворения в жизнь.

2. Существующие классификации систем здравоохранения во все большей степени перестают удовлетворять требованиям момента, учитывая изменение ситуации в области медицинского обслуживания. Разъяснение различных элементов изменений и их последствий будет способствовать выработке новых видов систем. Европейское региональное бюро могло бы играть ведущую роль в этом процессе.

3. Важное значение имеет классификация различных элементов в пакетах реформ, внедряемых в разных частях Европы, с целью выявления и определения масштабов их последствий - экономического и другого характера - для обеспечения медицинского обслуживания. Региональное бюро могло бы развивать и поощрять такую деятельность в сотрудничестве с государствами-членами.

4. Региональное бюро должно играть важную роль в наблюдении за быстрыми изменениями и реформами, происходящими в разных частях Европы, и предоставлять результаты анализа в распоряжение государств-членов по возможности в кратчайшие сроки.

5. Региональное бюро должно поощрять перекрестный плодотворный обмен идеями между государствами-членами и способствовать выдвижению новых двусторонних и многосторонних инициатив на самых ранних этапах.

6. Государства-члены должны получать поддержку в деле изучения статуса и роли движения за достижение здоровья для всех в новых реформах.

7. Вопросы управления, возникающие в связи с введением смешанной экономики здравоохранения, потребуют тщательной оценки и анализа. Это, возможно, будет задачей будущих совещаний рабочей группы.

Приложение 1

РАБОЧИЕ МАТЕРИАЛЫ И ИСХОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ[a]

Рабочие материалы

ICP/MPN 039/5	New approaches to managing health care systems in the USSR, by I. Pustovoj
ICP/MPN 039/6	The new national health fund and the health care reform in Hungary, by A. Javor
ICP/MPN 039/7	New directions in Israeli health care, by M.A. Cohen and B. Rosen
ICP/MPN 039/9	Organization and financing of health services: the ideology of market mechanism, by W.J.A. van den Heuvel
ICP/MPN 039/10	Spain: current developments, by J.J. Artells Herrero, F. Rodriguez Artalejo, Dr Pinilla Palleja and H. Pascual
ICP/MPN 039/11	New approaches to managing health services in Sweden, by W. Slunge
ICP/MPN 039/12	Provider markets in English health care: incentives and prospects, by S.R. Harrison
ICP/MPN 039/13	Reform of health service system in Poland, by P. Mierzewski

[a] Копии документов можно получить, направив заказ по адресу: Health Policies and Planning unit, WHO Regional Office for Europe, 8, Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø.

Исходные документы

ICP/MPN 039/BD/1

Barnard, K. Trends in health care: beyond market economics? A reflection on 40 years past and 10 years future. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990 (unpublished document).

Changing health care in the Netherlands, and summaries of the Dekker report "Willingness to Change" and of the Government's reply "Change Assured". Rijswijk, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1988.

Saltman, R.B. & von Otter, C. Re-vitalizing public health care systems: a proposal for public competition in Sweden. Health policy, 7: 21-40 (1987).

Targets for health for all. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (European Health for All Series, No. 1).

SSR/MPN 501

The Leningrad experiment in health care management 1988: report of a visit to the USSR. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (unpublished document).

Working for patients: presented to Parliament by the Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland by Command of Her Majesty. London, H.M. Stationery Office, 1989.

Приложение 2

УЧАСТНИКИ

ВРЕМЕННЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Dr Juan José Artells
Director General of Health Planning, Ministry of Health and Consumer Affairs, Madrid, Spain

Mr Keith Barnard
Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden (Co-Rapporteur)

Dr Marc A. Cohen
Senior Researcher, Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development in Israel, Jerusalem, Israel

Dr J.M. Freire
Minister of Health, Basque Autonomous Community, Vitoria - Gasteiz, Spain

Dr Stephen Harrison
Senior Lecturer in Policy Studies, Nuffield Institute for Health Services Studies, Leeds, United Kingdom

Professor Wim J.A. van den Heuvel
Department of Health Sciences, University of Groningen, Netherlands

Dr David Hunter
Director, Nuffield Institute for Health Services Studies, Leeds, United Kingdom (Chairman)

Dr Andràs Jávor
Director, Information Centre for Health Care, Ministry of Social Affairs and Health of the Hungarian Republic, Szekszárd, Hungary

Dr Laur Karu
Minister of Health, Estonian SSR, Tallinn/Tompea, USSR

Professor Béatrice Majnoni d'Intignano
Universités Paris XII, Paris, France

Dr Piotr Mierzewski
First Deputy Minister of Health and Social Welfare, Warsaw, Poland

Dr Bengt Mollstedt
Deputy Lord Mayor, City Office of Gothenburg, Sweden

Проф. Игорь Пустовой
Центральный институт усовершенствования врачей, факультет советского и международного здравоохранения, Москва, СССР

Dr Tom Rathwell
Lecturer in Health Planning, Nuffield Institute for Health Services Studies, Leeds, United Kingdom (Co-Rapporteur)

Dr John L. Roberts
Adhealth, The Coach House, Hockery Lane, Whaley Bridge, Stockport, United Kingdom

Professor Richard B. Saltman
Program in Health Policy and Management, School of Public Health, University of Massachussetts, Amherst, MA, USA

Д-р В.Ю. Семенов
Начальник отдела, Всесоюзный научно-исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, Москва, СССР

Mr Walter Slunge
Managing Director, Federation of Swedish County Councils, Stockholm, Sweden

Mr Clive Smee
Chief Economic Adviser, Department of Health and Social Security, London, United Kingdom

Dr David R. Steel
Secretary to Scottish Health Boards' Chairmen and Scottish Health Management Efficiency Group, Edinburgh, Scotland, United Kingdom

Dr Richard Steele
1325 Dalton Road, 21234 Baltimore, MD, USA

Professor Friedrich W. Schwartz
Head, Department of Epidemiology and Social Medicine, Hannover Medical School, Federal Republic of Germany

Dr Martin Teilmann
Director, Association of Specialists, Copenhagen, Denmark

Professor Ilkka Vohlonen
Acting Professor of Health Administration, Department of Community Health, University of Helsinki, Finland

Dr Morton M. Warner
Executive Director, Welsh Health Planning Forum, Cardiff, S. Glamorgan, United Kingdom

Dr W. Cezary Wlodarczyk
Head, Organization and Management Section, Institute of Occupational Medicine, Lodz, Poland

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Европейская ассоциация по вопросам управления здравоохранением

Г-н Philip C. Berman
Директор, Дублин, Ирландия

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Европейское региональное бюро

Д-р Rafael Bengoa
Медицинский сотрудник, Стратегия и планирование здравоохранения (Секретарь)

Д-р Constantino Sakellarides
Региональный сотрудник, Развитие национального здравоохранения

Штаб-квартира

Д-р George Dorros
Системы районного здравоохранения