EUR/ICP/MPN 525
3155A
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Отчет о рабочем совещании ВОЗ

Москва

31 августа - 4 сентября 1987 г.

1988 г. EUR/HFA задача 34

Примечание

Настоящий документ не является официальной публикацией. Не разрешается рецензировать, аннотировать, цитировать или переводить этот документ без согласия Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Всю ответственность за взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение

Рабочее совещание состоялось в Центральном институте усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ) в Москве с 31 августа по 4 сентября 1987 г., и явилось итогом совместных усилий Министерства здравоохранения СССР, Совета Экономической Взаимопомощи (СЭВ) и Европейского регионального бюро ВОЗ. В совещании приняли участие специалисты из шести стран - членов СЭВ (Болгарии, Венгрии, Германской Демократической Республики, Польши, СССР и Чехословакии), а также временные советники ВОЗ. В роли председателя совещания выступал профессор И.В. Пустовой при техническом содействии доктора В.Е. Чернявского.

Перед участниками рабочего совещания были поставлены следующие цели:

- обменяться опытом в отношении мер в области экономики здравоохранения, предпринимаемых в странах Европейского региона ВОЗ;

- изучить пути оптимального использования материальных ресурсов в целях развития системы медицинского обслуживания населения и претворения в жизнь принципов достижения здоровья для всех к 2000 году; и

- обсудить пути совершенствования пред- и последипломной подготовки работников службы здоровья по вопросам экономики здравоохранения.

Для достижения вышеперечисленных целей участники заседаний были призваны выполнить следующие задачи:

- обсудить основные экономические проблемы развития здравоохранения на современном этапе и возможность их решения более эффективным образом;

- определить современное состояние научных исследований в области экономики здравоохранения; и

- уточнить пути совершенствования системы подготовки лиц, принимающих решения в отношении практических аспектов экономики здравоохранения.

2. Предыстория вопроса

Выступая на открытии рабочего совещания, первый заместитель Министра здравоохранения СССР профессор О.П. Щепин подчеркнул, что экономическим аспектам здравоохранения в прошлом не уделялось достаточного внимания. Сейчас же стало очевидным, что успехи в деле улучшения состояния здоровья населения в значительной мере способствуют дальнейшему развитию экономики, и что сектор здравоохранения является крупным потребителем всевозможных ресурсов. Поэтому важно, чтобы этот сектор функционировал наиболее эффективным с точки зрения качества медицинской помощи производимых затрат образом.

При анализе эффективности сектора здравоохранения весьма важно признать, что состояние здоровья зависит от образа жизни, и что отдельные аспекты ускоренного экономического роста оказывают вредное воздействие на здоровье. Вот почему необходимо уделять должное внимание аспектам межсекторального взаимодействия и механизмам взаимосвязи сектора здравоохранения в рамках более масштабной социально-экономической системы. В частности, центральным вопросом в социалистических странах представляется реформа сектора здравоохранения в целях повышения его эффективности, не посягая при этом на всеобъемлющий социалистический принцип равенства всего населения в отношении охраны здоровья каждого. В настоящее время уже не стоит вопрос о подготовке дополнительного

числа врачей и медсестер или о строительстве новых больниц, а скорее сводится к повышению уровня качества, осознанию важности вопросов охраны здоровья и экономической эффективности. Более того, в деле финансирования системы здравоохранения следует обеспечить более активное привлечение дополнительных источников.

Сроки проведения рабочего совещания являются идеальными, поскольку в настоящее время проблемы развития системы здравоохранения находятся в поле зрения политических руководителей и общественности в рамках общего процесса перестройки. После XXVII съезда КПСС уже предприняты важные правительственные решения или находятся в стадии рассмотрения отдельные проблемы (как, например, повышение роли и ответственности местных органов в процессе принятия решений и стимулирования гибкого планирования соответствующих служб с тем, чтобы учитывались конкретные потребности на местах). Поэтому очень важно, чтобы лица, принимающие решения на местном уровне, были хорошо подготовлены к тому, чтобы брать на себя ответственность за решение управленческих вопросов такого рода. К проблемам особой важности, обсуждаемым в настоящее время в Советском Союзе, относятся разработка новой системы финансирования здравоохранения, проведение оценки новых технологий и поиски подходов к решению проблем, связанных с улучшением обслуживания женщин и детей, постарением населения и т.д. В системе социалистического здравоохранения накоплен огромный опыт. Этот опыт имеется и в решении экономических проблем здравоохранения. Задача состоит в том, чтобы сделать этот национальный опыт достоянием всех, и в этом заключается особенность и значимость проводимой рабочей группы.

Выступая от имени ВОЗ, д-р H. Zöllner, региональный сотрудник по экономике здравоохранения, подчеркнул, что, несмотря на всю свою важность, эта область знаний зачастую игнорируется. Экономика не является ни бессердечной, ни жестокой; она к тому же не противоречит идеалам медицины.

Подобные ошибочные представления нередко возникали вследствие несвоевременного учета экономических аспектов, т.е. на том этапе, когда политика была уже сформулирована, имел место перерасход бюджетных средств и назревала необходимость в сокращении затрат. Наряду с этим выступающий отметил, что сроки проведения рабочего совещания выбраны исключительно удачно, поскольку в странах - членах СЭВ сейчас проводится обсуждение новой экономической политики.

Вопросы экономики здравоохранения можно рассматривать с трех позиций. Во-первых, в плане изучения различных проблем, стоит ли, например, стремиться к более тесному увязыванию вопроса финансового обеспечения больниц или клиник с различными контингентами обслуживаемых больных; как внедрять механизмы стимулирования, а возможно, и конкуренции, в систему здравоохранения, финансируемую в рамках государственного бюджета; и следует ли выделять больше средств на развитие первичной медико-санитарной помощи. Во-вторых, в плане констатации скудности имеющихся наличных ресурсов и трудности выбора той или иной альтернативы. И, наконец, экономика здравоохранения представляет собой один из способов решения вопроса о возможных альтернативных путях развития в области здравоохранения. В экономике нет ничего таинственного, поскольку многие специалисты обращаются к ее методам в своей повседневной жизни при оценке затрат и результатов, связанных с реализацией конкретных мероприятий.

Вызывает удивление тот факт, что, несмотря на масштабы и важность сектора здравоохранения, его экономика оказалась недостаточно изученной. Поэтому прежде всего было важно придать данному рабочему совещанию практическую направленность. Силами специалистов могут быть получены необходимые знания и опыт, однако поиск решений конкретных проблем полностью зависит от отношения к ним каждой страны.

Академик К.П. Кашкин, обращаясь к участникам как ректор ЦОЛИУВ, приветствовал их и выразил надежду что в итоге совещания будут получены новые знания и предложения, касающиеся систем повышения квалификации специалистов и проведения научных исследований.

Выступая от имени СЭВ, д-р R. Arslan, заместитель руководителя отдела здравоохранения, обратил внимание на целый ряд достижений СЭВ во многих областях медицины и гигиены окружающей среды. Ключом к успеху в данном случае было тесное сотрудничество между странами-членами, и в этой связи следует надеяться, что экономика здравоохранения станет очередным направлением, в рамках которого будут установлены такие же взаимосвязи.

3. Экономические аспекты достижения здоровья для всех в Европе

Все европейские страны поддержали идею о том, что основная социальная цель правительств и Всемирной организации здравоохранения должна заключаться в достижении к 2000 году всеми жителями земли такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. В рамках первой рассмотренной на совещании темы стоял вопрос о степени выполнения европейскими странами этой задачи, а также о тех механизмах, которые в данном случае оказались наиболее ценными.

В общем и целом, было отмечено что, все страны столкнулись с определенными трудностями. Например, многие из них еще не полностью справились с решением таких проблем, как:

- определение процедуры распределения ресурсов на нужды здравоохранения, если не ограничиваться рамками юридическо-административной фикции по поводу предписанного порядка распределения ресурсов;

- использование фактического выделения все возрастающей доли средств на претворение в жизнь приоритетных направлений политики развития здравоохранения;

- анализ такого положения, при котором нередко значительные суммы средств проходят по статьям скрытых дотаций и налогов, а также составляют платежи, осуществляемые в частном порядке;

- введение специально отобранных материальных стимулов для совершенствования организационной структуры соответствующих служб и системы управления ими, а также для их более надлежащего использования;

- установление четких приоритетов в отношении современного оборудования и технологии на основании данных анализа экономических и других факторов и установка на то, чтобы сократить разрыв между чрезмерно дорогими услугами и обслуживанием "а-ля Золушка";

- принятие норм и стандартов в отношении ресурсов и мероприятий не в отрыве, а с учетом вероятного поведения всей системы;

- проведение критического анализа особенностей ежедневной практики организации медико-санитарной помощи и управления ею;

- определение перспектив состояния социально-экономических отношений на этапе, когда будут достигнуты крупные успехи в деле достижения здоровья для всех;

- проведение оценки роли сектора здравоохранения в экономике при последующем внедрении современных методов проведения оценок, бухгалтерского учета и определения качества работы;

- отказ от стремления "экономить на спичках" (административные перегибы при расходовании незначительных сумм) и боязни пойти на крупные капиталовложения (например, в случае неспособности выделить больше средств на эффективную с точки зрения затрат профилактику или на поддержку неформальных форм помощи);

- изучение степени различий в получении медицинской помощи между людьми с разными уровнями дохода, образования и жилищными условиями и их состоянием здоровья;

- обращение к экономическим аргументам с тем, чтобы проводить разъяснительную работу среди населения и работников промышленности и других секторов экономики по поводу принятия конкретных мер в области первичной профилактики и укрепления здоровья.

Участвовавшие в работе совещания временные советники из стран Западной Европы и Канады изложили некоторые вопросы, являющиеся наиболее актуальными в их странах на современном этапе. К примеру, четыре основных компонента стратегии по достижению здоровья для всех заключаются в следующем: стимулирование здорового образа жизни, разработка программ профилактики заболеваний и травматизма и борьбы с ними, перенос основной доли медобслуживания со стационарного уровня на уровень первичной медико-санитарной помощи и мобилизация ресурсов на цели здравоохранения и медико-санитарной помощи и оказание этому необходимой поддержки. Однако стимулирование здорового образа жизни может вступать в противоречие с некоторыми секторами экономики (как, например, промышленностью, выпускающей табачные изделия и алкогольные напитки). Кроме того, профилактика несчастных случаев, являющихся ведущей причиной заболеваемости и смертности, требует сотрудничества

промышленных кругов. Более того, из-за произведенных ранее значительных капиталовложений на развитие стационарной помощи и больничного обслуживания, изменение действующих в рамках здравоохранения соотношений - достаточно длительный процесс.

Тем не менее в целях создания благоприятных условий для претворения этих преобразований в жизнь был разработан целый ряд вспомогательных механизмов, полезность которых в той или иной стране зависит от ее социально-экономических условий, и поэтому их следует рассматривать в качестве набора возможных курсов действий. К вышеназванным механизмам относятся, в частности: программное бюджетирование, разработка программ профилактики и медицинского обслуживания населения, проведение оценки технологии здравоохранения, пересмотр системы стимулирования и формулирование стандартов и критериев качества работы. Некоторые из этих механизмов были выделены для дальнейшего обсуждения в ходе работы совещания.

Характерные для стран - членов СЭВ проблемы и потребности были обсуждены наиболее подробным образом. Например, были выявлены такие ключевые вопросы, как:

- чем следует руководствоваться при определении уровня финансирования здравоохранения по сравнению с другими секторами;

- следует ли центральному правительству выделять соответствующие ассигнования в полном объеме или же определенная часть этих средств должна быть обеспечена на местном уровне;

- каким должно быть соотношение между централизованным и децентрализованным началом в процессе принятия решений по поводу развития здравоохранения;

- как определяются приоритеты при распределении средств в рамках сектора здравоохранения;

- как увязать между собой необходимость обеспечить высококачественное обслуживание и экономию средств, а также каким образом можно разработать качественные показатели, непосредственно связанные с количественными индикаторами;

- как добиться большей степени гибкости и целесообразности при практическом использовании показателей и что важнее - показатели, свидетельствующие о конечных результатах, или исходные нормативы процесса планирования;

- какой представляется соответствующая структура стимулирования эффективности в рамках обобществленной системы здравоохранения;

- каким образом можно пересмотреть принципы проведения оценки новых технологий здравоохранения и осуществления контроля за ними; и

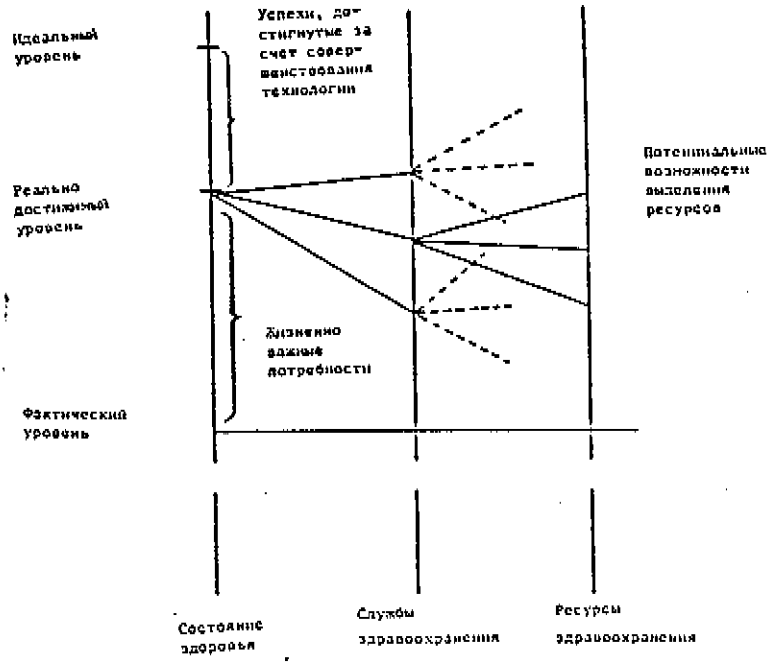
- можно ли добиться успеха путем укрепления роли действующих органов, особенно регионального и местного масштаба, или же необходимо разработать новую институциональную структуру?

В итоге было отмечено, что все эти вышеперечисленные вопросы являются непростыми, и для их решения вряд ли удастся найти однозначные и простые ответы. Тем не менее на данном рабочем совещании были созданы подходящие условия для их обсуждения.

В ходе дискуссий, продолжавшихся по поводу этих проблем и путей их решения, было предложено проводить оценку соответствующего уровня ассигнований на здравоохранение посредством анализа потребностей населения. Вместе с тем отмечалось, что не существует простого решения вопроса об определении объема выделяемых ресурсов на основании выявленных потребностей (т.е. разницы между фактическим и реально достижимым уровнем здоровья, которое подчас ошибочно истолковывается как разница между фактическим и идеальным здоровьем), поскольку имеется широкий круг альтернативных стратегий и технологий в плане организации необходимых форм обслуживания. Например, в случае страны, в которой во главу угла ставится решение вопросов первичной медико-санитарной помощи и профилактики, можно добиться успехов в деле укрепления здоровья населения за счет капиталовложений в меньшем объеме по сравнению с любой другой страной, система организации медобслуживания которой ориентирована на проведение лечебных мероприятий (рис. 1).

Границы потенциальных возможностей в смысле выделения ассигнований на здравоохранение являются очень широкими, что, собственно, и затрудняет определение соответствующего уровня затрат на эти цели. Как раз в этом и заключаются особенности процессов формулирования политики, определения приоритетов, управления и принятия решений в целом. Несмотря на то, что идея планирования, управления и проведения оценок на основании установленных соотношений "потребности-обслуживание-ресурсы" может показаться заманчивой, в конечном итоге эти данные оказываются ошибочными, и принятые на их основании решения позволят добиться исключительно количественного роста без какого-либо реального прогресса.

Рис. 1. Учет факторов, связанных с выделением ресурсов



Очень важным вопросом, представляющим интерес для социалистических стран, оказывается определение роли здравоохранения в экономическом развитии. Было отмечено, что следует глубже изучать взаимосвязи между здравоохранением и другими секторами экономики. Служба здоровья может сыграть определенную роль в процессе развития, а экономическое развитие, в свою очередь, будет создавать более широкие перспективы для здравоохранения. С другой стороны, некоторые последствия хозяйственной деятельности (например, загрязнение окружающей среды и стрессовые явления) могут оказывать вредное воздействие на здоровье. Имеющиеся между производительными и непроизводительными секторами различия не должны служить основанием для отрицания на практике важной экономической роли сектора здравоохранения.

В этой связи был сформулирован ряд возможных инициатив. Во-первых, отмечалось, что профессиональные работники здравоохранения должны более широко знакомиться с вопросами экономики здравоохранения, поскольку немаловажно, чтобы лица, занимающие ключевые позиции и принимающие решения, имели более полное представление о соответствующих концепциях (предложения, касающиеся курсов подготовки, были обсуждены в ходе дальнейшей работы совещания). Во-вторых, было отмечено, что перед странами - членами СЭВ открыты перспективы для более тесного международного сотрудничества в области экономики здравоохранения, поскольку многому можно научиться путем сравнения опыта, полученного странами с аналогичной социально-экономической системой. Отмечалось, что данное рабочее совещание продолжает полезную деятельность в этом направлении.

И наконец, участвовавшими в совещании временными советниками было отмечено, что страны Западной Европы сталкиваются со многими проблемами такого рода. Страны Европейского сообщества (Общего рынка) занимаются поиском решений целого ряда общих проблем (например, какие меры

следует предпринять ввиду замедления темпов экономического развития, что означает выделение меньшего объема дополнительных ресурсов на здравоохранение на фоне увеличения доли населения старших возрастов, дальнейшего распространения новых технологий здравоохранения и преобразования принятых в обществе систем ценностей). Однако не следует забывать и о том, что особенности структур потребностей и служб здравоохранения западно-европейских стран варьируются в широких пределах.

Таким образом, основные итоги состоявшейся дискуссии по экономическим аспектам достижения здоровья для всех заключаются в следующем:

1) При всех различиях социально-экономических систем тех или иных стран проблемы или вопросы, связанные с современным здравоохранением, имеют немало общих черт.

2) Ключевые вопросы, требующие решения буквально во всех странах включают в себя: принятие решений относительно уровня выделяемых на здравоохранение средств, определение степени приоритетности стоящих в рамках здравоохранения проблем, обеспечение экономической эффективности программ медико-санитарной помощи и создание соответствующей заинтересованности или стимулов для профессиональных медицинских работников и пользователей их услугами.

3) Основные различия между странами обусловлены конкретными механизмами решения этих проблем, поскольку их выбор определяется социально-экономической системой каждой страны. Поэтому, лицам, принимающим решения в области здравоохранения, необходимо постоянно пересматривать и проверять не только весь комплекс уже имеющихся механизмов, но и успешное или безуспешное применение их в других странах. Благодаря этому удастся сформировать основу для отбора новых механизмов, которые впоследствии можно будет апробировать в конкретных условиях.

4. Актуальные вопросы экономики здравоохранения

На рабочем совещании был обсужден ряд аспектов, заслуживающих особого внимания. К некоторым из них можно отнести уже сформировавшиеся направления научного поиска (в частности, стимулы в здравоохранении, экономические аспекты профилактики и программное бюджетирование). Другие же аспекты можно скорее отнести к сфере теории (как, например, учет продолжительности жизни, скорректированной по критериям качества, при проведении экономического анализа и использование экономической информации посредством связанных с диагнозом групп).

Зависимость качества обслуживания и связанных с этим расходов от системы стимулирования

Было отмечено, что для любой системы или метода организации, финансирования и предоставления медико-санитарной помощи характерны свои стимулирующие и обратные мотивы, которыми руководствуются профессиональные медицинские работники, учреждения (например, больницы) и пользователи предоставляемых услуг. Руководствуясь самыми различными подходами и результатами проведения сравнительного анализа имеющихся моделей, невозможно с уверенностью утверждать, что какая-либо одна из них превосходит по своим качествам остальные во всех отношениях. Хотя множество публикаций и посвящено преобразованиям в области материального стимулирования, такие стимулы необязательно должны сводиться исключительно к денежному вознаграждению, чтобы быть "экономичными". Например, в тех случаях, когда пациентам удается выбрать эффективный способ получения медико-санитарной помощи, поощрение их может выражаться в оказании дополнительных услуг. Что же касается работников службы здоровья, то их деятельность может поощряться путем улучшения условий труда или создания более широких возможностей для продвижения по службе.

В западных странах был проведен ряд экспериментов по стимулированию пользователей медицинских услуг путем обложения расходов потребителя (или распределения затрат). Сторонники таких принципов утверждают, что это позволяет стимулировать пациентов к ответственным действиям и оказанию поддержки предпринимаемым в стране мерам по сдерживанию роста расходов на здравоохранение. Тем не менее международный опыт в целом не является основанием для поддержки такого подхода. Более того, при распределении затрат нередко происходит затруднение доступа к соответствующим службам и нарушается принцип равенства. Представляется более целесообразным поощрять отдельных лиц за ведение здорового образа жизни или за выбор эффективных способов получения медико-санитарной помощи.

Основная часть курсов действий в плане стимулирования затрагивает интересы предоставителей помощи - как правило, врачей и руководителей больничных учреждений - посредством выбора определенного метода оплаты их труда (для отдельных лиц в данном случае имеется в виду заработная плата или доход, а для учреждений - плата, которую они получают за предоставление соответствующих услуг). К четырем наиболее распространенным методам компенсации затрат относятся: плата за услуги; сборы, взимаемые из расчета на одного человека; фонд заработной платы или общий фонд; и покрытие расходов, связанных с ведением конкретных пациентов. Некоторые из этих методов (например, покрытие расходов за ведение конкретных пациентов и плата за услуги) очень чутко реагируют на объем проделанной работы. С другой стороны, фонд заработной платы или общий фонд не зависит от числа посещений или пациентов, прошедших курс лечения.

Разные методы возмещения затрат можно рассматривать с точки зрения их влияния на показатели эффективности, производительности, качества и контроля за уровнем издержек. Было отмечено, что ни один из методов не

является идеальным и превосходящим все остальные во всех отношениях. В отдельных случаях имеются скудные знания о вероятных последствиях какого-либо определенного подхода, например, для качества обслуживания. Кроме того, конечный результат применения конкретного метода возмещения затрат во многом предопределяется особенностями местных условий. Поэтому важно, чтобы при проведении каких бы то ни было преобразований осуществлялись их мониторинг и оценка. Наряду с этим следует глубже изучать нематериальные стимулы (в том числе: предоставление дополнительных помещений и оборудования в распоряжение профессиональных работников здравоохранения или создание для них дополнительных возможностей для повышения уровня подготовки или продвижения по службе).

На рабочем совещании было представлено несколько интересных докладов, посвященных опыту проведения мер по стимулированию в разных странах - членах СЭВ, включая выделение дополнительных средств за высококачественное больничное обслуживание. В ходе проведения одного из экспериментов было использовано сочетание сборов, взимаемых из расчета на одного человека, с платой за услуги. Пациентам был предоставлен свободный выбор терапевтов, вознаграждение которых осуществлялось в соответствии с числом обратившихся к ним пациентов и предоставленных им услуг. Суть очередного эксперимента заключалась в опоре на концепцию бригадной формы организации труда, которая в настоящее время находится в стадии разработки в ряде стран. Бригада заключала контракт с больницей и получала вознаграждение отчасти с учетом объема проделанной работы. Затем каждый член бригады получал свою долю в соответствии с его или ее конкретным вкладом.

В итоге было подчеркнуто, что в ряде стран проводится целый ряд различных экспериментов. Было высказано предположение о том, что механизмы стимулирования могут быть использованы для выполнения двойственной задачи, т.е. для более адекватного вознаграждения профессиональных медицинских работников и повышения качества и экономической эффективности предоставляемой помощи.

Программное бюджетирование как инструмент управления ресурсами здравоохранения

Было подчеркнуто, что традиционные системы бюджетирования, ориентированные на учреждения (например, больницы и клиники) или функции (например, общественное питание и лабораторные услуги), не способствуют совершенствованию аспектов планирования и оценки медико-санитарной помощи. Для этого требуется альтернативная форма представления финансовых данных в соответствии с более масштабными программами, которые, в свою очередь, должны быть ориентированы на крупные цели или задачи.

Существует ряд возможных областей использования принципов программного бюджетирования, в том числе для:

- мониторинга тенденций расходования средств на конкретные программы (касающиеся престарелых, борьбы с наркоманией и т.д.) на протяжении определенного периода времени и увязки этих тенденций с политикой развития здравоохранения;

- анализа соответствия изменений в производимых затратах изменениям в уровнях проведения отдельных мероприятий или в характере планируемых результатов программной деятельности;

- создания основы для более детальной экономической оценки программ или курсов лечения; и

- планирования будущих капиталовложений.

Было приведено несколько конкретных примеров использования на практике программного бюджетирования.

В ходе состоявшейся дискуссии подчеркивалось, что программное бюджетирование, как правило, не подменяет традиционное бюджетирование и поэтому представляет собой отдельную задачу. Применительно к некоторым условиям это обстоятельство послужило препятствием на пути реализации

такого подхода. Однако процесс мышления с ориентацией на собственные цели может оказаться полезным по своей сути. Кроме того, имеются альтернативные подходы, в соответствии с которыми в целях координации программ оказания медико-санитарной помощи (например, престарелым) выделяются дополнительные бюджетные ассигнования. Более того, программное бюджетирование можно соотнести и с системой стимулирования, предписывающей предоставление вознаграждений за достижение целей экономической политики.

В странах - членах СЭВ имеются отдельные конкретные примеры использования программного бюджетирования, хотя его конкретные области применения, как правило, зависят от потребностей на местах. Следует убедиться в том, имеется ли адекватная информация для успешного претворения в жизнь программного бюджетирования. Вместе с тем такое бюджетирование можно расценивать в качестве полезного инструмента в рамках планируемой системы общественного здравоохранения. Наряду с проявляемым в настоящее время интересом к децентрализации процесса принятия решений следует уделить должное внимание аспектам применения на практике программного бюджетирования и потребностям в информации на всех уровнях принятия решений.

Экономические аспекты профилактики

Профилактика нередко рассматривается в качестве более приемлемой альтернативы по сравнению с лечебной медициной, поскольку она позволяет избежать болевые ощущения и страдания, связанные с заболеваемостью, а также является перспективной в плане предотвращения будущих затрат на оказание медико-санитарной помощи. Вместе с тем такие потенциальные преимущества следует сопоставлять с уровнем расходов на проведение программ профилактики.

Первичная, вторичная и третичная профилактика имеют свои особенности. Первичная профилактика предполагает сокращение распространенности факторов риска для здоровья за счет, например, иммунизации, борьбы с загрязнением окружающей среды или изменения образа жизни населения.

Вторичная профилактика означает раннее выявление заболеваний и выделение значительных средств в связи с их лечением, например, на проведение скрининга в целях обнаружения определенных видов рака или гипертонии. Третичная профилактика сводится к оказанию медицинской помощи или реабилитации лиц, страдающих выявленными заболеваниями, с тем чтобы не допустить ухудшения их состояния или рецидивов, например, путем организации физиотерапевтического лечения для сердечных больных.

На совещании был представлен ряд конкретных примеров проведения экономической оценки программ профилактики. В целом программы профилактики оправдывают выделяемые на их проведение средства, особенно если они охватывают контингенты населения, относящиеся к группам высокого риска. Тем не менее обращалось внимание на два момента. Во-первых, в силу того, что программы профилактики находят более широкое применение (за счет охвата населения, в целом, а не только лишь групп высокого риска) или проводятся чаще (за счет более регулярного скрининга одной и той же части населения) существует вероятность того, что дополнительные (побочные) выгоды, полученные благодаря расширению программ, не будут оправдывать дополнительных затрат. Во-вторых, зачастую эффект от программ профилактики ощущается скорее в более отдаленной перспективе, а не в настоящий период времени. Поэтому оценка таких программ зависит от относительной степени важности тех выгод, которые ощущаются населением на различных этапах.

И наконец, было отмечено, что в случае некоторых стратегий профилактики обязательным является межсекторальное сотрудничество, как, например, при выполнении задач, связанных с изменением режима питания и борьбой с загрязнением окружающей среды. Следует предпринимать экономические или другие меры с тем, чтобы организовать такое сотрудничество (например, путем стимулирования промышленности или введения регламентирующих положений в целях снижения уровня загрязнения среды от промышленных источников). Кроме того, для обеспечения успешного

проведения многих программ профилактики необходимо непосредственное участие в них представителей общественности, выступающих как в индивидуальном, так и в коллективном качестве. Таким образом, для поощрения участия представителей общественности в программах профилактики следует уделять внимание соответствующим стимулирующим мерам и информационной работе.

Учет продолжительности жизни, скорректированной по критериям качества, при проведении экономического анализа

Суть экономической оценки здравоохранительных мероприятий заключается в проведении сравнительного анализа альтернативных курсов действий в области здравоохранения с точки зрения связанных с ними затрат и полученных результатов. В прошлом было принято измерять результаты или в денежном выражении, или в натуральных единицах (или эффектах). За последнее время наиболее распространенным стало использование продолжительности жизни, скорректированной по критериям качества, в качестве показателя результативности. Данный показатель позволяет получать сравнительную оценку множества программ с несоизмеримыми параметрами, не сталкиваясь при этом с проблемой определения полученных результатов в денежном выражении. Данный подход не следует приравнивать к "стремлению расплатиться" за тот или иной уровень здоровья и качества жизни. При учете продолжительности жизни, скорректированной по критериям качества, оценка различных уровней состояния здоровья является относительной, поэтому для получения единого показателя результативности мер в области здравоохранения используется названная информация в сочетании с данными о выживаемости. В некоторых странах произошло удивительное совпадение характеристик, относящихся к разным группам населения в плане проведения оценки отдельных здравоохранительных проблем, посвященных продолжительности жизни, скорректированной по критериям качества.

Несмотря на существенный прогресс, наблюдаемый в плане подсчета и использования таких показателей продолжительности жизни, целый ряд вопросов по-прежнему активно дискутируется и требует дальнейшего изучения. Например:

- какова степень надежности разных методов, используемых для подсчета относительных уровней состояния здоровья;

- на примере какой группы населения следует осуществлять такие измерения, выбрав в качестве объекта пациентов, их врачей или представителей общественности (т.е. кому в данном случае должно быть отдано предпочтение); и

- сейчас, когда в рамках многих программ развития здравоохранения проведена оценка произведенных затрат и получены данные о продолжительности жизни, скорректированной по критериям качества, не следует ли нам сделать еще один шаг и приступить к составлению таблиц по сравнительной оценке затрат в расчете на один год жизни, а также подумать над тем, каким образом нам следует интерпретировать эти данные?

Связанные с диагнозом группы больных как экономико-медицинские показатели

Связанные с диагнозом группы были впервые введены в практику в Соединенных Штатах Америки в качестве метода совершенствования эффективности работы больниц. Эти группы представляют собой основной компонент схем ожидаемой компенсации больничных расходов согласно категориям пациентов, прошедших курс лечения. Впоследствии этот метод нашел свое применение в разных странах в таких областях, как планирование, бюджетирование и проведение обзора клинической деятельности.

Связанные с диагнозом группы состоят из находящихся в стационаре больных, которые классифицированы согласно видам и числу необходимых услуг. Поэтому любая группа включает в себя определенную категорию пациентов, которым требуется предоставление аналогичных видов стационарного обслуживания. Таким образом, можно выделить до 450 разновидностей случаев и затем согласовать уровни возмещения расходов по

каждой группе. Сторонники этого подхода утверждают, что при ожидаемом возмещении затрат больниц в пределах утвержденных сумм они будут использовать свои ресурсы более осмотрительно, чем в случае альтернативных систем, предполагающих ретроспективную компенсацию затрат или наличие глобального бюджета. Участники совещания отметили, что использование разных подходов в комплексе может оказаться целесообразным. Например, принципы классификации, связанные с диагнозом группы, могут быть положены в основу больничной системы планирования, бюджетирования и оценки. Названные группы заслуживают внимания прежде всего постольку, поскольку в данном случае предпринимается попытка классифицировать конечные результаты обслуживания и категории пациентов при одновременном учете уровня потребляемых ресурсов. Прочие рассматриваемые при этом вопросы (как, например, аспекты финансирования, возмещения затрат и конкуренции в расчете на каждого пациента) не обязательно будут являться одинаково важными для стран, представленных на совещании. В некотором смысле они являют своего рода аналог, параллель программного бюджетирования на микроуровне, т.е. при соответствующей корректировке их можно использовать в качестве одного из элементов мониторинга и оценки медицинского обслуживания в социалистических странах.

5. Обучение и подготовка специалистов по вопросам экономики здравоохранения

В ходе рабочего совещания неоднократно подчеркивалось, что врачи и другие категории профессиональных работников здравоохранения должны проходить соответствующий курс подготовки по вопросам экономики здравоохранения. Поэтому эта тематика стала очередным предметом обсуждения.

В Советском Союзе курсы усовершенствования специалистов по вопросам экономики здравоохранения проводятся ЦОЛИУВ начиная с 1962 г. В первое время на этих курсах обучались специалисты по планированию в области

здравоохранения, а теперь среди слушателей можно встретить представителей более широкого круга специальностей, в том числе организаторов здравоохранения и клиницистов. Другие страны - члены СЭВ также располагают определенным опытом в этом отношении, особенно Германская Демократическая Республика и Польша, где заместителем руководителя любого учреждения является экономист. В ШОЛИУВ организовано функционирование целого ряда курсов по экономике здравоохранения в рамках систем повышения квалификации медработников, заочного обучения и проводимого в последнее время курса подготовки в поддержку бригадной формы организации труда работников службы здоровья. Процесс обучения является проблемно-ориентированным, а также предполагает изучение конкретных вопросов на рабочем месте. Считается, что врачам необходимо проходить подготовку по следующим пяти дисциплинам: планирование, финансы, управление, экономика и социология. Доступом к изучению вопросов экономики должны пользоваться многие категории работников медико-санитарной помощи, поскольку в действительности именно они принимают решения по поводу распределения ресурсов на основании проводимой ими лечебно-профилактической работы.

В процессе состоявшихся дискуссий было поднято несколько вопросов:

- кто должен пользоваться приоритетом при изучении вопросов экономики здравоохранения (врачи или экономисты);

- не ввести ли курс экономики на этапе преддипломной подготовки;

- каким образом лучше всего интегрировать вопросы экономики в программы обучения медицинских работников (в частности, упоминалось возможное применение конкретных исследований);

- не следует ли более активно стимулировать использование специалистами знаний, полученных ими в процессе подготовки (по мнению некоторых участников, на практике недостаточно полно ощущаются какие-либо преобразования, проводимые бывшими слушателями курсов); и

- следует ли профессиональным экономистам участвовать в процессе преподавания экономики здравоохранения, возможно, наряду с педагогами, прошедшими курс подготовки в области медицины (большинство участников выступали за такой подход и отмечали, что эта методика уже полностью или частично практикуется в их странах)?

Кроме того, был затронут вопрос о том, следует ли администраторам служб здравоохранения, больниц или поликлиник в обязательном порядке иметь медицинское образование. Участники высказали разные мнения по данному вопросу, однако были названы несколько примеров, подтверждающие успешную работу администраторов, являющихся представителями самых различных профессий. Независимо от их базовой подготовки, организаторы здравоохранения должны быть умелыми руководителями и обладать необходимыми знаниями не только в области экономики здравоохранения, но и в других областях.

На этом этапе внимание участников было обращено на детальное описание программ подготовки по вопросам экономики здравоохранения. Историческая справка к данной дискуссии была подготовлена временными советниками, которые кратко изложили итоги состоявшегося недавно исследования по проблеме развития системы подготовки в области экономики здравоохранения. Были представлены доклады, посвященные процессу составления проанализированных в ходе исследования учебных материалов, содержанию пяти модулей и методике преподавания. Было подчеркнуто, что, несмотря на участие в разработке учебных материалов международной группы

специалистов, включая экономистов и профессиональных медицинских работников из всех стран Европы, а также на их универсальный в принципе характер и, следовательно, применимость к любой системе, предполагается, что работающие в странах педагоги разработают свои собственные материалы. Документы, включенные в названный отчет о результатах исследования, должны использоваться лишь в качестве руководства.

Затем участники совещания перешли к рассмотрению имеющихся учебных модулей с точки зрения их соответствия системе подготовки разных категорий работников медико-санитарной помощи в странах - членах СЭВ (в частности, администраторов служб здравоохранения, больниц и поликлиник и сотрудников научно-исследовательских учреждений). Многие из перечисленных лиц наверняка будут иметь медицинское образование. Несмотря на прозвучавшие на совещании отдельные предложения по поводу дополнительных материалов, значительный процент участников согласились в том, что имеющиеся по учебным модулям материалы в их нынешнем виде являются вполне приемлемыми. Экономическая перестройка в здравоохранении позволит через некоторое время получить исчерпывающие дополнительные учебные материалы.

6. Научные исследования в области экономики здравоохранения

Было отмечено, что в СССР и других странах - членах СЭВ проблема научных исследований в области экономики здравоохранения изучается уже многие годы. Однако, исследователи нередко работают в отрыве друг от друга, в связи с чем возможности для обмена опытом и распространения результатов научного поиска весьма ограничены, хотя в принципе в социалистических странах имеются хорошо отлаженные механизмы пропаганды научных результатов и обеспечения их внедрения в практику. Кроме того, в прошлом

ученые-экономисты находились в трудном положении, которое объясняется тем, что значительный объем их работы был непосредственно связан с разработкой нормативов планирования и эксплуатационных стандартов. В настоящее время созданы более благоприятные условия и возможности для осуществления новаторского подхода к научным исследованиям.

Тем не менее в СССР уже имеется целый ряд достижений в области изучения экономики здравоохранения. Экономистам удалось доказать, что капиталовложения в сферу здравоохранения - дело стоящее и целесообразное, что предоставление большей свободы действий организаторам здравоохранения и их стимулирование повышает эффективность работы, а также то, что затраты на более совершенное оборудование не всегда будут приводить к сокращению расходов по другим статьям, хотя при этом и будут получены выгоды. Во многих странах - членах СЭВ издано немало обстоятельных публикаций по экономике здравоохранения.

Несмотря на то, что в области здравоохранения уже в течение около 20 лет проводятся экономические эксперименты, в настоящее время они становятся объектом более пристального внимания в контексте перестройки. Суть проводимых преобразований также заключается и в том, что, учитывая вклад здравоохранения в развитие экономики и необходимость эффективного использования ресурсов, выделяемых на здравоохранение, экономике непроизводственной сферы стало придаваться важное значение. На совещании было приведено несколько конкретных примеров таких экспериментов, включая расширение полномочий главных врачей и принятие мер по интенсификации использования коечного фонда больниц. В процессе этих экспериментов были получены данные, подтверждающие неоспоримые выгоды по сравнению с произведенными в данном случае затратами. Например, в ходе эксперимента, касающегося использования больничных коек, удалось провести курс лечения дополнительно для 5000 пациентов путем сокращения периода пребывания в стационаре в среднем на 1,5 дня. Полученные таким образом выгоды значительно превысили стоимость выделенных на данный эксперимент средств (в пропорции 2,5:1).

Наряду с этим были названы отдельные неудавшиеся эксперименты. Во-первых, сроки проведения некоторых их них являются чрезмерно затянутыми. Во-вторых, решения, принимаемые на более высоком уровне по итогам успешных экспериментов, не всегда становятся достоянием, например, руководителей больничных учреждений.

Что же касается конкретной обстановки, то было подчеркнуто, что бригада должна находиться в таких условиях организации трудовой деятельности, которые позволяют находить выход из конфликтных ситуаций, возникающих в междисциплинарных исследованиях. Кроме того, эти условия должны благоприятствовать применению на практике соответствующих стандартов и адекватному стимулированию исследователей, желающих взаимодействовать в рамках такой структуры. Вместе с тем в идеальном случае деятельность упомянутой бригады должна быть тесно увязана с клинической практикой в целях более глубокого понимания ее особенностей и пропаганды клинических знаний среди специалистов иного профиля, а также с точки зрения приобщения клиницистов к специфике общественных, поведенческих и математических наук. Более того, такая бригада должна опираться на адекватную инфраструктуру вспомогательного персонала и являться неотъемлемой частью сети других аналогичных центров или подразделений.

В отношении кадрового обеспечения очень важно опираться на "критическую массу" исследователей по всем ведущим дисциплинам в целях создания благоприятных условий и предпосылок для осуществления крупномасштабных проектов. Можно предусмотреть широкий спектр дисциплин, включая клинические, общественные, поведенческие и математические науки. В частности, немаловажным фактом является и то, что бригады ученых, занимающихся экономикой здравоохранения, располагают возможностями общения с исследователями-клиницистами и эпидемиологами, а также с другими представителями смежных областей в рамках их специализации. Следует также отметить, что поистине междисциплинарное сотрудничество устраивает некоторых исследователей в большей степени, чем остальных.

Применительно к самой программе научных исследований важно добиться ясного понимания и провозглашения целей, стоящих перед группой исследователей, члены которой должны заявить о готовности внести свой вклад в дело ее реализации. В такой прикладной области, как экономика здравоохранения, особую актуальность приобретает значимость и своевременность научных исследований. Поэтому члены бригады должны быть информированы о текущих направлениях развития здравоохранения. И, наконец, важно, чтобы в рамках программы научных исследований в области экономики здравоохранения осуществлялся целый набор различных проектов, посвященных, например, проведению оценок затрат-эффективности конкретных программ развития здравоохранения или изучению таких аспектов системы здравоохранения, как финансы, кадры и использование соответствующих служб в их совокупности.

Было отмечено, что некоторые из этих положений имеют прямое отношение к странам - членам СЭВ. Несомненно, что система организации научных исследований должна быть усовершенствована. Кроме того, очевидными представляются выгоды, полученные благодаря более тесному взаимодействию между исследователями и практикующими специалистами в области медицины, управления, разработки политики и социологии.

На совещании были также подняты вопросы, касающиеся соответствующего метода финансирования научных исследований путем предоставления субсидий или гарантированных ассигнований. Было сказано, что для сохранения "критической массы" исследователей требуется создание определенных гарантий в плане финансирования, однако в то же время система предоставления субсидий позволяет стимулировать высокое качество и эффективность научных разработок путем самого тщательного разбора поступающих предложений.

7. Выводы и рекомендации

Участники совещания выступили со следующими рекомендациями.

1) Необходимо дальнейшее укрепление потенциала управления хозяйственной деятельностью ввиду дальнейшей децентрализации руководства службами здравоохранения с переводом этих функций на региональный и районный уровни путем:

- разработки новых форм экономического стимулирования и распределения ответственности между потребителями, предоставителями и организаторами;

- включения в созданные информационные системы соответствующих экономических данных, относящихся, в соответствующих случаях, к программному бюджетированию, показателям экономической деятельности и затратам на оказание помощи в зависимости от конкретного диагноза и разновидности обслуживания;

- совершенствования системы подготовки администраторов и предоставителей медико-санитарной помощи по экономическим проблемам, с тем чтобы они могли взять на себя дополнительные управленческие обязанности; и

- изучения пропорционального распределения на региональном уровне выделяемых на здравоохранение средств и ресурсов, эффективности их использования.

2) Обеспечить повсеместное применение экономики здравоохранения в качестве инструмента реализации всех аспектов достижения здоровья для всех путем:

- использования всех имеющихся методов проведения экономического анализа при оценке и планировании широкомасштабных стратегий развития здравоохранения;

- апробации на практике широкого круга курсов действий в области экономики применительно к политике развития здравоохранения и медико-санитарной помощи;

- экономического обоснования целесообразности мер по укреплению здоровья и профилактики заболеваемости в целях приобщения других секторов и общественности к здравоохранительным мероприятиям; и

- учета аспектов качества жизни при обсуждении приоритетных направлений развития здравоохранения.

3) Повысить роль экономистов в области научных исследований, подготовки кадров, управления и руководства как членов или руководителей междисциплинарных и многопрофильных бригад.

4) Предложить отделу здравоохранения секретариата СЭВ рассмотреть возможность включения в повестку дня одного из будущих совещаний министров здравоохранения вопроса о целесообразности создания межнациональной программы по экономике здравоохранения, в рамках которой наряду с другими мероприятиями могут быть предусмотрены следующие:

- проведение сравнительного исследования затрат на здравоохранение и национальных систем отчетности о расходах на эти цели с точки зрения организации повседневного мониторинга;

- дальнейшая разработка методики получения сравнительных оценок степени эффективности функционирования систем здравоохранения в социалистических странах;

- учреждение информационно-справочного центра, учитывая потребности издательств, выпускающих литературу по экономике, научных исследований и служб консультирования; и

- составление списка терминологии по экономике здравоохранения на русском и английском языках.

5) Рекомендовать Европейскому региональному бюро ВОЗ следующие мероприятия:

- содействие проведению последующих национальных семинаров в участвующих странах;

- организация, как и прежде при содействии СЭВ, второго международного рабочего совещания через 2-3 года в целях проведения оценки преобразований в практике экономики здравоохранения;

- оказание поддержки государствам-членам в деле выбора и адаптации практических методов, используемых при перестройке хозяйственной деятельности в области политики развития здравоохранения и медико-санитарной помощи; и

- подключение экспертов из участвующих стран к широкому кругу мероприятий, затрагивающих интересы Европы в целом.

Приложение I

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Болгария

Иван Сечанов
старший научный сотрудник, Институт медицинской социологии, Медицинская академия, София

Венгрия

Janos Berich
руководитель отдела, Министерство здравоохранения, Будапешт

Eva Bondar
Центр организации, планирования и обработки информации, Министерство здравоохранения, Будапешт

Gabor Simon-Kis
заместитель директора, Управление экономики, Министерство здравоохранения, Будапешт

Германская Демократическая Республика

Alfred Keck
профессор, Академия повышения квалификации медицинских работников, Берлин

Польша

Marek Smolen
Отдел проблем управления и организационных структур, Институт производственной медицины, Лодзь

Leszek Wdowiak
зав. кафедрой организации здравоохранения, Медицинская академия, Люблин

Danuta Wojciechowicz
научный сотрудник, Кафедра организации здравоохранения, Медицинская академия, Белосток

Jerzy E. Wysocki
директор, Управление экономики, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Варшава

Союз Советских Социалистических Республик

Е. Абилкасимов
начальник управления планирования и экономики, Министерство здравоохранения Казахской ССР, Алма-Ата

В.М. Алексеева
доцент, Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения, Московский медицинский институт

А.А. Балмасов
профессор и зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, Ленинградский государственный институт усовершенствования врачей

Г.В. Бесполунина
доцент и зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, факультет усовершенствования врачей в Ворошиловграде

Н.Г. Веселов
профессор и зав. кафедрой социальной педиатрии, Ленинградский государственный институт усовершенствования врачей

Г.А. Гвоздев
доцент и зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, Ставропольский институт усовершенствования врачей

Г.Н. Гончарова
доцент и зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, Красноярский государственный медицинский институт

А.Е. Зацепина
начальник отдела планирования и экономики, Городской отдел здравоохранения, Ленинград

Н.Ф. Ильичева
доцент и зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, Алма-Атинский институт усовершенствования врачей

В.В. Карулис
начальник Управления планирования и экономики, Министерство здравоохранения Белорусской ССР, Минск

Л.Х. Кизик
начальник управления планирования и экономики, Министерство здравоохранения Украинской ССР, Киев

В.В. Климкин
начальник отдела планирования и экономики, Городской отдел здравоохранения, Москва

А.Ш. Коротко
заместитель начальника Симферопольского областного отдела здравоохранения

А.Н. Кулагина
доцент и зав. кафедрой политической экономии, Горьковский медицинский институт

И.Г. Лумине
зав. отделом планирования и экономики, Эстонская ССР, Таллин

А.А. Мелик-Пашаян
начальник управления планирования и экономики, Министерство здравоохранения Армянской ССР, Ереван

Л. Минкявичус
начальник управления планирования и статистики, Литовская ССР, Вильнюс

М.К. Назаретян
начальник управления здравоохранения, Госплан Армянской ССР, Ереван

И.Г. Низамов
профессор и зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, Казанский институт усовершенствования врачей

Г.А. Новгородцев
профессор, Всесоюзный научно-исследовательский институт социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко, Москва

В.З. Ольшанский
Зав. отделом экономики здравоохранения, Рижский медицинский институт

Е.П. Палади
начальник управления планирования и экономики, Министерство здравоохранения Молдавской ССР, Кишинев

В.М. Пашенко
доцент, Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения, Киевский институт усовершенствования врачей

Л.К. Плясунов
профессор и зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, Пензенский институт усовершенствования врачей

М.Ж. Подлушная
профессор и зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, Пермский институт усовершенствования врачей

М.П. Ройтман
профессор и зав. отделом экономики здравоохранения, Всесоюзный научно-исследовательский институт социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко, Москва

А.И. Траутер
зам. начальника Кемеровского областного отдела здравоохранения

Б.Х. Умурзаков
зам. начальника управления планирования и экономики, Узбекская ССР, Ташкент

В.И. Шевский
зам. начальника Куйбышевского областного отдела здравоохранения

А.Е. Яннус
профессор и зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, медицинский факультет, Тарту

Г.С. Яровой
доцент, Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения, Украинский институт усовершенствования врачей, Киев

Чехословакия

Eva Andrejcaková
начальник управления планирования и экономики, Министерство здравоохранения Словацкой Социалистической Республики, Братислава

Jiri Boukal
Институт медицинской социологии и организации здравоохранения, Прага

Miroslav Chrbek
директор, Отдел планирования и экономики, Министерство здравоохранения Чешской Социалистической Республики, Прага

Alexandr Stožický
Министерство здравоохранения Чешской Социалистической Республики, Прага

František Stružka
директор, Управление лечебно-профилактической помощи, Министерство здравоохранения Чешской Социалистической Республики, Прага

Helena Svitkova
научный сотрудник, Институт профилактической медицины, Братислава

Lubomir Tichý
руководитель Районного национального института здравоохранения, Усти-над-Лабем

Временные советники

Antonio Brenna
профессор, директор Института экономики здравоохранения, Милан, Италия

В.Е. Чернявский
старший преподаватель, Центральный институт усовершенствования врачей, Москва

Michael F. Drummond
профессор, директор Центра управления службами здравоохранения, Бирмингемский университет, Соединенное Королевство (составитель отчета)

Greg Stoddart
профессор, факультет клинической эпидемиологии и биостатистики, Университет им. Мак-Мастера, Гамильтон, пров. Онтарио, Канада

И.В. Пустовой
профессор и зав. кафедрой управления здравоохранением, экономики и планирования, Центральный институт усовершенствования врачей, Москва (председатель)

Совет Экономической Взаимопомощи

Rinchingiyin Arslan
заместитель начальника отдела здравоохранения (секретарь)

Европейское региональное бюро ВОЗ

Herbert Zöllner
региональный сотрудник по экономике здравоохранения (секретарь)