

УЧИМСЯ ЖИТЬ С ЭКОНОМИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Под редакцией Х. Золлера,
Г. Штоддарта и К. Селби Смит**

**Всемирная Организация здравоохранения
Региональный Европейский Офис**

Копенгаген

2003

СОДЕРЖАНИЕ

Глава I. Введение	3
Глава II. Экономика здравоохранения	12
Глава III. Экономика развития систем здравоохранения	68
Глава IV. Экономика управления и процессы изменений	161
Глава V. Полезные экономические инструменты	213

ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ

- 1.1. Предпосылки к изучению курса
- 1.2. Целевая аудитория
- 1.3. Применение учебных материалов
- 1.4. Роль тьютора
- 1.5. Дальнейшие действия

Предпосылки к изучению курса

Эта часть учебных материалов по экономике здравоохранения была подготовлена Европейским Региональным Отделением ВОЗ для помощи тем, кто определяет политику в сфере здравоохранения, советников, менеджеров, практиков и других заинтересованных групп лиц. Политика и практические вопросы в сфере здравоохранения представляют собой масштабную и сложную сферу. Здесь можно получить пользу от ряда перспектив, включая экономические выгоды. Экономика особенно важна для тех, кто принимает решения с того самого момента, когда во всех сферах здравоохранения и на всех его уровнях имеют место ограниченность ресурсов и финансов. Всегда существуют более выгодные варианты использования ресурсов, и это имеет большое значение при принятии решения о распределении ресурсов, об эффективности политики здравоохранения, о справедливости. Цель данной части учебных материалов заключается в том, чтобы помочь различным потенциальным группам читателей получить ценные знания, которые могут быть применены при изучении экономики в широком смысле слова. Данная книга может быть использована в качестве вспомогательного материала при изучении других, уже существующих, материалов по экономике здравоохранения.

Совокупность модулей рассматривает различные аспекты политики в сфере общественного сектора, масштабы данной политики, меры, направленные на ее поддержание и эффективную реализацию. Все эти процессы только выиграют от применения данных концепций и пояснений, также как и от аналитических методов, которые экономисты привнесли в анализ политики здравоохранения, в ее практическую реализацию. Зачастую необходимо сотрудничество с другими специалистами; и с теми, кто занимается анализом и научным подходом (например, эпидемиология), а также с теми, кто изучает вопросы применения политики здравоохранения (например, с лицами, определяющими политику в сфере здравоохранения и с практиками).

Медицинская сфера основана на изучении отдельных пациентов, их проблем и способов их лечения. Экономика же, в свою очередь, взаимодействует с науками, связанными со здравоохранением, изучением систем и эффективности здравоохранения. К таким дисциплинам относятся социология, политология, эпидемиология. Они изучают различные группы людей и условия, в которых они живут и работают. Кто же получит приоритет при распределении ограниченных ресурсов? Какие альтернативные способы лечения являются доступными? Как различаются стоимость, прибыль и способы распределения такого лечения? Каковы результаты конкретного использования ресурсов и результативность политики в сфере здравоохранения? Экономический подход особенно хорошо сочетается с так называемым «общественным здравоохранением». Такой вывод можно сделать исходя из публикаций, имеющих проблем и возможных путей их решения, включая общестратегические и специфические вопросы здравоохранения по программе Health21, а также учитывая структуру политики «здравоохранение для всех», реализуемой европейскими странами – членами ВОЗ согласно решению Европейского Регионального Комитета ВОЗ от 1998 г¹.

Отдельные модули, входящие в данную часть учебных материалов, посвящены широкому спектру вопросов. Так, они рассматривают: основную взаимосвязь между

¹ Health21: здравоохранение – основа политики всех европейских стран – членов ВОЗ, Европейский Региональный Комитет ВОЗ, 1999 (Серия «Здоровье для всех в Европе», № 6).

экономической теорией и экономической политики в сфере здравоохранения; сектор здравоохранения и связанные с ним исследования по странам с переходной экономикой, особенно по странам Центральной и Восточной Европы и новообразованным государствам Центральной Азии; изменения, с которыми в той или иной форме столкнулись все страны при реструктуризации и реорганизации системы здравоохранения и политики в данной сфере; вопросы менеджмента и практики здравоохранения; показатели результативности здравоохранения (только некоторые из них находятся непосредственно в компетенции Министерств здравоохранения); концепция здравоохранения как индивидуального и социального капитала и благосостояния; а также ряд различных обзоров, посвященных финансовым системам, ценообразованию, экономической оценке, развитию и распространению технологий в сфере здравоохранения, экономическому моделированию и прогнозированию, различным подходам к общим вопросам политики здравоохранения, а также вопросам приватизации.

Обучающие модули были подготовлены с учетом их дальнейшего практического использования: для помощи различным группам потенциальных читателей. Они являются дополнением к материалам, имеющимся в наличии, например, к исследованиям Мирового Банка или к широкому спектру других предлагаемых книг. Мы старались не дублировать уже существующие доступные материалы (хотя частичное совпадение с другими текстами неизбежно); исследование, подобное данному обзору ВОЗ, нигде более не проводилось. Вопросы, рассматриваемые в данных учебных материалах, расширяют сферу практического применения различных экономических концепций и инструментов. Они расширяют понимание ранее рассмотренных вопросов, напрямую относящихся к здравоохранению (например, вопросов, связанных с медицинскими учреждениями и медицинским персоналом); делается это с целью оценки уровней здравоохранения (на уровне индивидуума и общества в целом) по различным критериям: эффективность здравоохранения, уровень общего благосостояния. Мы надеемся, что доступность данных учебных материалов позволит большому числу потенциальных читателей более качественно и рассудительно использовать различные экономические концепции и инструменты для того, чтобы квалифицированно оценить приемлемость или неприемлемость тех или иных условий, более точно оценить качество и важность советов, полученных от экономистов-теоретиков.

В данной работе рассматриваются два взаимосвязанных момента. Во-первых, учебные материалы отражают роль и *modus operandi* (образ действия) ВОЗ. Например, данная организация акцентирует внимание на контроле над общественным здравоохранением и распределением услуг здравоохранения, поскольку «ответственность за качество работы системы здравоохранения страны полностью лежит на правительстве»². ВОЗ высоко оценивает важность использования многофакторного и междисциплинарного подхода к анализу исследований в области здравоохранения и выработку подходящих решений. ВОЗ разрабатывает среднесрочный подход, способствуя его адаптации к различным ситуациям и способствуя улучшениям, в то же время принимая во внимание текущие обстоятельства и имеющиеся препятствия при повышении эффективности системы здравоохранения справедливости распределения услуг данной сферы. Тесное сотрудничество ВОЗ со странами-членами Организации позволяет ей проводить сравнительную оценку различных процессов и условий развития в различных странах и регионах, в то время как ее идеалистические устремления разбавляются большой дозой реализма. В данной ситуации очень ценно то, что данные учебные материалы учитывают те трудности, с которыми сталкиваются многие страны Центрального и восточного Европейского регионов ВОЗ.

Во-вторых, существует целый спектр потенциальных пользователей данных материалов. Раздел 1.2. Введения содержит более детальную классификацию тех, кто

² Отчет ВОЗ за 2000 год, Женева, ВОЗ, 2000. с. 119.

относится к такой целевой аудитории; в Разделе 1.3. говорится о том, как они могут использовать эти материалы. Из этого следует, что основная часть учебных материалов должна быть легко усваиваема и адаптирована к существующим условиям и разным аудиториям. Важная роль отводится тьюторам (тем, кто будет проводить обучение). Использование тьюторами вспомогательных материалов (кейс-стадиэ должны соответствовать уровню знаний слушателей) важно для максимизации эффективности процесса обучения (Раздел 1.4.) Раздел 1.5. посвящен использованию Интернет-ресурсов в качестве вспомогательных материалов.

1.2. ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ

Кто относится к целевой аудитории? Нужно принять во внимание то, что тьютор должен сформировать группу слушателей для каждого занятия. Существует четыре категории слушателей. Каждая категория может включать подкатегории.

1. Наиболее высокопоставленные лица, определяющие политику в сфере здравоохранения: министры, их советники, члены Парламента и другие, например, главы департаментов здравоохранения и их помощники. Эти люди оказывают прямое влияние на политику в сфере здравоохранения, устанавливают рамки ее применения и взаимоотношения с министерством финансов и другими ведомствами, частным сектором и СМИ. В основном они не имеют экономического образования, часто выступают публично. Они стремятся взаимодействовать по сложным вопросам одновременно и с заинтересованными сторонами, и с аудиторией, принимая во внимание временные рамки. Делается это в поисках путей общего понимания проблемы и их практического решения.

2. Существует категория администраторов и менеджеров, которые работают по программам, связанным со здравоохранением. Уровень развития менеджеров в сфере здравоохранения на этом уровне значительно отличается от уровня развития чиновников. Первые больше внимания уделяют практической стороне вопросов, вторые – политике и процессу. В децентрализованных системах здравоохранения, когда в системе управления и контроля возможны различия на местах, от менеджера как правило требуется развивать и воплощать в жизнь наиболее адекватную политику, и гораздо реже – просто выполнять директивы из центра. При других условиях их функции более четко определены и акцент ставится на исполнении указаний вышестоящих лиц. Использование вышеперечисленными лицами данных учебных материалов позволит им более четко определить свои задачи. Область их влияния ограничена конкретным институтом, регионом, сферой деятельности или отдельным специализированным подразделением. Однако в пределах области своего влияния они оказывают значительное воздействие на распределение и перераспределение ресурсов. Также для них будет полезно лучше понять среду, в которой они осуществляют свои действия.

3. Люди, оказывающие услуги в сфере здравоохранения отдельным пациентам или группам людей. В системе здравоохранения решения, как правило, принимаются профессионалами (лечащими врачами, медсестрами, фармацевтами, дантистами, терапевтами). Связь между поставщиками и потребителями услуг в сфере здравоохранения способствует тому, что принимаемые обеими сторонами решения оказывают влияние на процессы в данной сфере и на ее эффективность. Эта группа слушателей больше, чем любая из первых двух. В большинстве случаев специалисты-практики считают, то лечение пациента – это их основная задача, и что экономическая эффективность здесь не важна. Фактически это не так. Даже частный врач, лечащий одного пациента, реже, чем другого, или применяющий один способ лечения реже, чем другой, может оценить эффективность своей деятельности, используя показатели затрат-эффективности лечения или equity.

4. Четвертая группа слушателей более разнообразна по составу. В процессе подготовки учебных материалов было выявлено, что данная группа может включать людей, заинтересованных либо связанных и вероятно вовлеченных в сектор

здравоохранения. Так, сюда относятся люди, которые входят в высший состав руководства учреждений здравоохранения (больницы, общественные центры здравоохранения, центры помощи пожилым людям), или те, кто не имеет полномочий руководителя, но в то же время имеет опосредованное отношение к здравоохранению: представители торговых организаций, неправительственных, а также религиозных и благотворительных организаций. Также сюда можно отнести компании СМИ (теле-, радиожурналисты); представителей обществ потребителей, связанных со здравоохранением; лоббисты и представители других заинтересованных групп (импортеры, производители технологий для здравоохранения, представители фармацевтических фирм); представители других ведомств смежных сфер, таких как образование, транспорт, решение проблем безопасности жизнедеятельности, экология. Эта категория потенциальных слушателей ... (heterogeneous). К ним нужен особый подход, если мы хотим получить максимальную отдачу от использования учебных материалов. Часто эта категория слушателей занимается только одним аспектом здравоохранения, например, те, кто занимает руководящие посты в больницах или общественных центрах здравоохранения. Сфера деятельности других шире, например, окружные councillors, наделенные определенной ответственностью в сфере здравоохранения; члены региональных советов или те, кто участвует в формировании политики неправительственных организаций здравоохранения; потребительские группы, торговые союзы или политические партии. Иногда их ответственность имеет эпизодический характер, также как для представителей теле- и радиоиндустрии. В ряде других случаев она может быть более продолжительной, если речь идет о специальных reporters и представителях.

1.3. ПРИМЕНЕНИЕ УЧЕБНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Как подчеркивается в Разделе 1.4., данные учебные материалы необходимо тщательно адаптировать под различные целевые аудитории (группы слушателей) и под определенные условия и интересы. Несмотря на это, имеются существенные различия между 4 группами потенциальных слушателей, описанными в Разделе 1.2. Эти различия необходимо учитывать при формировании учебных материалов, подходящих для каждой конкретной группы.

Первая группа включает в себя высокопоставленных чиновников и политиков. Их задача – установить параметры принятия решения для практиков, наладить взаимоотношения между секторами экономики и привлечь необходимые ресурсы. Для них особенно важно понять, что знание экономических перспектив может добавить к их знаниям и возможностям. Где это может быть полезно, а где нет? Как это соотносится с другими проблемами, важными для них (взаимодействия между секторами, переговоры между основными экономическими игроками, переговоры с Министерством финансов)? Как они могут экономическую компоненту полученного совета либо понять, когда чего-то не хватает? Принимая во внимание безграничные потребности вкупе с ограниченными ресурсами, фирма должна принять решение о выборе приоритетов, принимая во внимание свою склонность к потреблению и накоплению, чтобы избежать перегрева. Вероятно, они будут больше заинтересованы в теоретических модулях, чем в практических (исключением, вероятно, является ситуация, в которой основным является решение текущих проблем (задач)). Концептуальная основа, разработанная экономистами в сфере здравоохранения, может быть полезна для них, например, в понимании баланса между затратами и выгодами, различий в доходах (ценностях) индивидуумов и различных групп людей (включая риск и неопределенность) или эффективности и стоимости здравоохранения, различия между средними и предельными величинами, дисконтирования будущих доходов и расходов, важность понимания того, кто выиграет и

кто проиграет, для понимания X-неэффективности, когда производственные возможности используются не полностью.

В общем, многие люди будут более заинтересованы в обучении экономическому мышлению, чем в изучении техники и подходов. Очевидно, эта группа не желает систематически изучать полный объем учебных материалов. Тьютору необходимо подходить в соответствии с их потребностями, возможно в условиях очень ограниченного времени. В идеале, причины воздействия, представляющие для них особый интерес, могут быть использованы для развития внутренних связей, что будет полезно для них в долгосрочной перспективе. Например, каковы выгоды от проводимых изменений и каким образом они воздействуют на поведение основных экономических игроков и тем самым на эффективность здравоохранения (и не только)? Это подходит тьютору для консультирования слушателей, он должен использовать учебные материалы, чтобы на их основе понять, где находится область интересов целевой аудитории. Тьютор может выработать программу, которая будет подразумевать обсуждение фундаментальных концепций и схожих подходов.

Во вторую группу входят администраторы и менеджеры, работающие в системе здравоохранения или в программах, связанных со здравоохранением (например, снижение числа аварий на дорогах путем строительства дорог и дополнительных инженерных сооружений, правоохранительная деятельность, полиция). Им будет полезно узнать о таких факторах, как детерминанты здравоохранения, индивидуальный и общественный капитал, концепция анализа общественной политики, и, вероятно, последующее развитие как основа их работы. Однако, они склонны обращать внимание на текущие и будущие проблемы в тех областях, где эти люди имеют влияние и несут ответственность. Они вероятно – более чем представители первой группы – будут заинтересованы в таких модулях, как администрирование и менеджмент, или техника ведения переговоров или часть модуля по анализу политики, связанная с переговорным процессом. Как и представители первой группы, им будет полезно овладеть экономическим типом мышления, экономическими критериями (особенно эффективность и стоимость), где полезен совет экономиста и как использовать его наиболее эффективно. Например, их может заинтересовать ценообразование, способы оценки эффективности здравоохранения, развитие и использование технологий в здравоохранении, а также то, каким образом происходит экономическая оценка, моделирование и прогнозирование. Маловероятно, что они будут заниматься самостоятельно, но им будет полезно узнать, как происходят эти процессы, каковы их сильные и слабые стороны, когда нужно их использовать и чего нужно остерегаться.

Третья группа охватывает большое число специалистов в области здравоохранения, оказывающих услуги в сфере здравоохранения пациентам. Членам этой группы будет полезно изучать учебные материалы с двух сторон. С одной стороны, они смогут более широко взглянуть на свой собственный вклад в здравоохранение, на затраты и выгоды, на сам процесс. Более важным является то, что у них появляется возможность для более эффективной практики в будущем, включая более превентивный подход. Приводящий к более эффективному и равному распределению. Каждый индивид должен сделать свой вклад, даже если он и кажется незначительным в масштабах огромной системы. Эти учебные материалы помогут профессионалам – индивидуально или в группах – сделать свой вклад более эффективным.

Специализированные модули могут также помочь (многое, безусловно, зависит от особенностей работы конкретного практикующего специалиста). Например, ценообразование может помочь им лучше понять, как развиваются и распространяются технологии в сфере здравоохранения; экономическое моделирование и прогнозирование, аспекты первичной медицинской помощи, технику переговоров, администрирование и менеджмент. На более общем уровне их практика с отдельными пациентами или группами может быть обогащена информацией и в последствие улучшена путем понимания

основным детерминант здравоохранения, индивидуального и общественного капитала, и понимания их роли для отдельного человека, семьи, системы здравоохранения и общества в целом. Необходимо отметить, что если один человек не может все контролировать, это не значит, что он не может ни на что повлиять.

Четвертая группа очень разнообразна по составу. Если у них есть особые интересы (например, если они являются представителями фармацевтических компаний, производителями медицинского оборудования или представителями руководства больниц) или имеют другой специфический интерес (журналисты, члены потребительских союзов или официальных торговых союзов), в таком случае на этом необходимо сделать акцент. Например, некоторые слушатели особенно заинтересованы в финансовых вопросах. Даже если тьютор в свои презентации включит широкий спектр модулей, следует начинать с тех областей, которые вызовут несомненный интерес и затем перейти к более общим аспектам. Во-вторых, если изначально сфера их интересов очень узкая, то слушатели могут получить выгоду от изучения перспектив развития экономики здравоохранения. В таких случаях дискуссии не должны ограничиваться жесткими рамками. Более гибкий подход позволит вызвать интерес у группы, и это поможет перейти к более детальному изучению. В третьих, некоторые обучающиеся или группы слушателей могут с самого начала понять важность использования учебного материала для понимания того, что изучение экономики здравоохранения может дать для них, для институтов, в которых они работают, для сфер, с которыми они связаны. Некоторые оценят, даже на первоначальном этапе, что многие аспекты, рассмотренные в учебных материалах, взаимосвязаны.

В общем, желательно, чтобы все слушатели, которые используют учебные материалы, получили по крайней мере представление о широте подхода экономики здравоохранения, основных ее инструментах и способах и сферах их применения; о вызовах, с которыми сталкивается система здравоохранения во многих – если не во всех – европейских странах; об особенностях своей страны и отрасли; о межсекторальной и междисциплинарной природе изменений в здравоохранении; об эффективности системы здравоохранения в условиях индивидуальных и общественных процессов. Очевидно, степень, с которой пользователь учебных материалов может быть вовлечен в дискуссию, различается и зависит от ряда факторов, включая способности тьютора.

1.4. РОЛЬ ТЬЮТОРА

Роль тьютора очень важна при условии, что учебные материалы используются эффективно. Частично это объясняется тем, что знания, backgrounds и сферы интересов слушателей различаются. Некоторые из них работают в секторе здравоохранения, некоторые – в других секторах. Они принадлежат к разным социальным и профессиональным кругам: это могут быть как министры, так и начинающие работники. Некоторые из них заняты в областях, напрямую связанных со здравоохранением, некоторые – commentators on them, другие – сторонние заинтересованные наблюдатели.

Учебные материалы не преследуют цели охватить все темы по экономике здравоохранения. В самом деле, это просто невозможно. Следовательно, чрезвычайно важно, чтобы тьюторы знали как можно больше других, связанных с учебным материалом, источников, это привлечет к ним внимание слушателей. Некоторые материалы связаны с базовыми концепциями и другими темами, не вошедшими в сборник и предоставляющими дополнительные сведения (данные). Так, в сборнике представлен обширный материал Мирового банка, учебники, журналы и курсы, которые могут быть полезны для приумножения знаний, и особенно материал, представленный здесь ВОЗ.

В странах, отнесенных ВОЗ к Европейскому региону, проживает почти 900 000 000 человек. В чем-то эти страны схожи. Например, 18 из 20 стран мира с наибольшим числом пожилых людей расположены в Европейской части. Однако, есть и большие различия.

Например, в 1996 величина валового национального продукта на душу населения в долларах США варьировалась от 255 \$ (в Республике Молдова) до 44 693 \$ (в Люксембурге). С 1996, в большинстве стран данного региона наблюдается увеличение ожидаемой продолжительности жизни, но для региона в целом средняя ожидаемая продолжительность жизни упала с 73.1 лет в 1991 до 72.4 лет в 1994. Из 1000 новорожденных младенцев, рожденный в Финляндии, имеет в десять раз больший шанс на выживание по сравнению с младенцем, рожденным в Таджикистане. Даже в Западной Европе есть проблемы, связанные с увеличивающимися различиями в доходах, с высоким уровнем безработицы и с увеличением разрыва в состоянии здоровья между богатыми и бедными. Вооруженные столкновения, как, например, на Балканах, в центральных азиатских республиках и на Кавказе, привели к большому количеству перемещенных лиц и беженцев во всех странах Региона. Многие из 51 страны – членов ВОЗ продолжают бороться с последствиями экономических, социальных и политических переходных процессов. В некоторых случаях изменения были остановлены, в других, изменения были отрицательны. Например, в некоторых странах, особенно в недавно образованных странах – бывших республиках Советского Союза и в некоторых странах Центральной и Восточной Европы, увеличилось число больных инфекционными заболеваниями, такими, как туберкулез, малярия, тиф, гепатит А и холера. Резко увеличилось число людей с болезнями, передающимися половым путем, что приводит к увеличению числа людей, зараженных ВИЧ и сифилисом. На фоне этих различий особая ответственность лежит на тьюторах – они должны быть уверены, что учебные материалы используются в соответствии со спецификой деятельности слушателей. В многих – если не во всех – случаях учебный материал должен дополняться с учетом местной специфики и социологических исследований и учитывать местные традиции, обстоятельства и ценности. Учебные материалы, которые были сформированы на основании североамериканского или западноевропейского опыта, не обязательно будут соответствовать специфике других стран европейского региона.

Действительно, мы предполагаем, что, например, для некоторых стран с переходной экономикой, могут быть использованы выводы и прогнозы, полученные из их недавнего опыта, который мог привести к недопониманию материала некоторых из учебных модулей. В будущем в эти материалы могут вноситься изменения, но в настоящее время они важны, по крайней мере для некоторых стран и относительно некоторых проблем. Коллега из центральной и восточной Европы, комментируя более ранний вариант учебных материалов, высказал мнение о том, что конкретные упражнения могли бы помочь яснее сформулировать суть материалов, облегчить обсуждение и, в чем-то противореча учебным материалам, помочь в устранении недопонимания.

УПРАЖНЕНИЯ

В какой степени следующие утверждения соответствуют ситуации в Вашей стране, или в других известных Вам странах? Насколько они точны? Если точны, то какое значение они имеют для политики здравоохранения, практики в сфере здравоохранения, для оценки эффективности системы здравоохранения? Если не точны, как их можно опровергнуть перед теми, кто их декларирует?

- Снижающиеся расходы на здравоохранения - причина (всех) наших проблем.
- Увеличение расходов на здравоохранение (сегодня об этом часто говорится в дискуссиях во многих западноевропейских или североамериканских странах) было бы правильным. Это определенно было бы лучше, чем существующее положение вещей.
- Сегодня появляется новое общество с более низкой степенью руководства из центра и контроля. В таком обществе люди ответственны лишь за свои собственные решения, включая решения, принимаемые насчет здоровья. Поэтому, **ответственность за низкие показатели здоровья лежит на каждом человеке в отдельности и не является оправданием коллективных действий.**

- Могут ли политические деятели принимать решения о том, чтобы система здравоохранения формировалась под воздействием рыночных сил?

Тьюторы могут использовать учебные материалы в трех направлениях: для уточнения, для оценки и для анализа. При выборе уровня и способа обучения тьюторы должны учитывать навыки слушателей, их опыт и предполагаемые потребности. Уточнения направлены на то, чтобы помочь слушателям более полно понять специфические понятия, подходы или инструменты, использующиеся в политике здравоохранения или на практике. Оценка нужна для того, чтобы помочь слушателям критически оценить различные специфические исследования или разработки, включая перспективные, в сфере экономики здравоохранения, степень их важности для своей работы. Анализ помогает слушателям применять методы и инструменты, о которых они узнали. В принципе, учебные модули не предназначены для того, чтобы слушатели после изученного курса могли самостоятельно проводить компетентные экономические исследования политики или практики здравоохранения. Но некоторые модули, такие, как «Экономическая оценка» или «Участие граждан, права пациентов и этические вопросы» ближе к конкретному анализу, чем другие. Развитие у слушателей навыков анализа, даже довольно элементарного, может улучшить их способность к уточнению и оценке происходящего и таким образом позволит им использовать экономическое мышление в соответствующих ситуациях более последовательно.

Наконец, подготовка тьюторов и изучение их опыта использования учебных материалов являются первоочередными задачами. Для начала желательно, чтобы тьюторы подбирались с учетом специфически конкретного курса, их навыков и потребностей слушателей. Кроме того, учитывая широкий диапазон материалов, используемых в модулях и широкий диапазон зрителей, не все наставники обязательно должны быть экономистами.

1.5. ДАЛЬНЕЙШИЕ ШАГИ

Теперь доступен полный спектр (?) учебных материалов. Авторское право принадлежит ВОЗ. Организация предоставляет материал для самого широкого круга пользователей при двух оговорках. Во-первых, пользователи материалов признают, что создателем учебных материалов является Секретариат Европейского Подразделения (Офиса) ВОЗ и признают авторство определенных модулей, которые они используют. Во-вторых, необходимо, чтобы пользователи обеспечивали обратную связь с контактным лицом ВОЗ (адрес см. ниже), которое может предоставить ответы на следующие вопросы:

- кто принимал участие в миссии, в которой использовались учебные материалы;
- как использовался материал, какие использовались модули,
- что работало хорошо, что - нет;
- что было (или должен быть) добавлено либо удалено;
- любые другие предложения.

Контактное лицо находится в Региональном Офисе ВОЗ по адресу: Дания, Копенгаген, DK-2100, Scherfigsvej, д. 8, адрес электронной почты: postmaster@who.dk. Контактное лицо отвечает за то, чтобы:

- поощрить самое широкое использование набора учебных материалов: они должны быть доступны в университетах и других исследовательских и образовательных учреждениях, контактное лицо ВОЗ контролирует предложение материалов, определяет уровень потребностей и стремится обеспечить большее использование учебных материалов там;

- гарантировать, чтобы те, кто хочет использовать учебные материалы, имели контакт с представителем ВОЗ для того, чтобы знать, какие еще материалы есть в наличии, обеспечивать связь слушателей с возможными тьюторами, а также сбор и

распространение информации относительно опыта различных групп в использовании материалов;

- был осуществлен сбор оценочных материалов от тьюторов и слушателей, так, чтобы процесс оценки не был слишком тягостен для них.

ВОЗ поощряет, насколько это возможно, развитие многих социологических исследований, особенно тех, которые связаны с вопросами, важными для пользователей и иллюстрируют учебные материалы примерами отдельных стран или групп стран. Это особенно желательно для тех стран, которые используют данные учебные материалы, также нужно поощрять повышение доступности необходимых социологических исследований (или другие материалы). Тьюторов и слушателей, обладающих такими социологическими исследованиями, а также тех, кто их проводит, просим передать их контактному лицу ВОЗ и разрешить их массовое использование. Если будут найдены другие уместные модули, и авторы захотят включить их в учебные материалы, мы были бы им признательны за направление этих модулей контактному лицу ВОЗ. Контактное лицо ВОЗ ответственно за проверку качества кейс-стадиэ, дополнительных модулей и другого материала и вправе разрешить любое их использование как части расширенного набора учебных материалов.

Контактное лицо ВОЗ ответственно за то, чтобы контролировать использование учебных материалов на протяжении 2-3 лет с момента их размещения на сайте Организации, а также отзывы от тьюторов и пользователей за этот период, и следить за тем, чтобы материалы:

- служили полезным целям;
- обновлялись и дополнялись (если да, то как?);
- были пересмотрены таким образом, чтобы обновленная версия могла быть помещена на международную сеть;
- были изданы книгой.

Наконец, мы с удовольствием отмечаем ценный вклад в составление и доработку учебных материалов, сделанное членами Основной Исполнительной Группы. Помимо редакторов, она включала Дэвида Гуннарссона, Генерального секретаря Министерства здравоохранения и Социального обеспечения Исландии, и профессора Янниса Ифантопулоса из Национального Университета Афин в Греции.

Модули проекта были апробированы авторами в их собственных исследованиях. Они были также применены в Казахстане (Максутом Кулжановым и Наилой Жужжановой) и Румынии (Виктором Олсавеским), и извлекли выгоду из обратной связи от Дэвида Гуннарссона, и Янниса Ифантопулоса. Вклад в составление сборника был сделан и некоторыми молодыми учеными, периодически работающими в Региональном Европейском Отделении (Оффисе) ВОЗ (Антуан Данзон, Сюзан Гросс-Тebb, Клэр Гуде, Рикке Ольсен, Анна Скидж). Джой Бэртрап, Джанет Леифелт, Конни Петерсен проводили обзорные встречи в Дании, Греции, Румынии и Швеции, увеличили приток материалов и документации. Советники ВОЗ Хосе Фигуерас, Киз де Жоншеэ, Джибек Карагулова, Сасзи Лессоф и Ната Менэйбд ознакомились с рабочим вариантом содержания книги и внесли ценные предложения. Розмари Бохр редактировала книгу от имени ВОЗ опубликована книга была Ширли и Йоханнесом Фредериксен.

ГЛАВА 2. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 2.1 Введение
- 2.2 Здоровье и воздействие на здоровье
 - 2.2.1 Взаимосвязь здоровья, здравоохранения и экономики
 - 2.2.2 Здоровье - общее беспокойство - различное представление о политике, направленной на улучшение здоровья
 - 2.2.3 Взгляд в будущее
- 2.3 Структуры, министерства и перераспределение
 - 2.3.1 Различные точки зрения на здоровье и экономические министерства
 - 2.3.2 Перераспределение ресурсов для здоровья - концептуальная структура 2.4
- Индивиды, группы и капитал здоровья
 - 2.4.1 Экономические и социальные детерминанты здоровья
 - 2.4.2 Индивидуальное поведение и социальная политика

2.1 ВВЕДЕНИЕ

Глава 2 посвящена экономике здравоохранения, ее структуре и ее влиянию на экономику и общество.

Раздел 2.2 описывает детерминанты здоровья. Раздел 2.3 - различные точки зрения (министров здравоохранения по сравнению с министрами экономики) (иллюстрированный мнениями министерств здравоохранения и экономических министерств) и распределение и перераспределение ресурсов для экономики здравоохранения. Раздел 2.4 описывает, как экономические и социальные детерминанты здоровья взаимодействуют с индивидуальным поведением и общественной политикой.

Раздел 2.2 состоит из трех модулей, первые два написаны Профессором Грэггом Стоддартом Университета McMaster в Канаде и третий Китом Барнардом и Гербертом Зеллнером. Модуль 2.2.1 раскрывает взаимосвязи между здоровьем, здравоохранением и экономикой. В нем подчеркивается, что системы здравоохранения и экономические системы весьма зависимы: в модуле исследуются типы взаимосвязей между ними. Здравоохранение часто оказывают существенное влияние на здоровье, но это - только одна из множества детерминант здоровья. Более здоровые люди имеют более высокую производительность; и наоборот, более богатые люди склонны тратить больше средств на здравоохранение. На состояние здоровья человека влияет окружающая среда, в которой люди живут, работают и играют, включая социальные, экономические, культурные и физические факторы, а также его генетические особенности. Взаимосвязь может быть прямой, например, когда повышение уровня жизни приводит к повышению качества питания. Она может также быть косвенной, например, когда экономические условия влияют на жизнь целых обществ или специфических групп, типа безработных, бездомных или бедных пожилых людей. Многие из взаимодействий, приведенных в модуле, являются динамическими, а не статическими, и многие факторы могут укрепить друг друга (и в горе, и в радости).

В модуле 2.2.2 подчеркивается, что все принимаемые меры и действия, которые оказывают влияние на здоровье, определяют политику в сфере здравоохранения. Здоровье касается всех. Задача данного модуля – расширить спектр знаний о возможных эффектах частной и общественной политики в сфере здравоохранения. Иногда требуется взглянуть шире на структуру политики в сфере здравоохранения и пути ее реализации: это касается тех, кто принимает решения в области здравоохранения, как частного, так и общественного. Желательно, чтобы до широкой общественности была доведена более общая точка зрения. В модуле специально делается акцент на следующем: политика в сфере здравоохранения охватывает не только политику по охране здоровья, но и ряд

действий и мер, которые оказывают значительное влияние на здоровье; эти действия и меры могут рассматриваться как предмет политики здравоохранения (на самом деле, их следует рассматривать в контексте достижения максимальных результатов политики здравоохранения для всего населения или для ряда групп). Модуль подчеркивает необходимость взаимодействия между секторами для улучшения здоровья.

В модуле 2.2.3 рассматривается другой подход. Рассмотрев предыдущие первые два модуля, неопытный читатель может подумать, что все решается легко. Это не так, хотя аналитические выкладки часто могут помочь лицам, принимающим решения, и другим политическим лицам лучше понять аспекты различных сложных ситуаций и найти альтернативы развития ситуации и их применение в политике в сфере здравоохранения и ее реализации.

Два модуля Раздела 2.3 были написаны профессором Греггом Стоддартом из Университета МакМастер, Канада. В модуле 2.3.1 речь идет о том, что у чиновников в министерствах здравоохранения и других агентствах, включая чиновников из экономических министерств, недостаточный уровень знаний касательно природы развития здравоохранения и экономического развития. Конечно, они могут иметь разные точки зрения. Так как многие детерминанты здравоохранения не находятся в компетенции министерств здравоохранения (уровень дохода, условия труда и социальная инфраструктура), очень важными являются координация и кооперация с другими министерствами, особенно экономическими, для улучшения результатов в области здравоохранения. Автор модуля также не согласен с той точкой зрения, что, поскольку здравоохранение имеет свои специфические черты, индустрия здравоохранения не может быть проанализирована с помощью экономических подходов, применяемых при анализе других секторов. Модуль стремится найти наилучшее понимание между точками зрения министерств экономики и здравоохранения. На самом деле, как экономические министерства, так и министерства здравоохранения имеют общую цель – улучшение здоровья населения их стран.

Модуль 2.3.2 предлагает рассмотреть распределение и перераспределение ресурсов здравоохранения. Для достижения наилучших результатов в сфере здравоохранения ресурсы постоянно распределяются и перераспределяются. Межсекторальное взаимодействие для достижения улучшения в сфере здравоохранения часто будет требовать перераспределения ресурсов из одного сектора в другой.

В модуле выделяются пять основных способов перераспределения ресурсов:

1. меры по охране здоровья;
2. меры в рамках системы здравоохранения, не связанные с охраной здоровья;
3. меры по охране здоровья и меры в рамках системы здравоохранения, не связанные с охраной здоровья;
4. системы здравоохранения и другие системы, и
5. другие систем (от туризма или сельского хозяйства до образования и транспорта).

В модуле выделяются три важных аспекта. Во-первых - способ распределения ресурсов. Хотя обычно внимание сконцентрировано на финансовых средствах (деньгах бюджета), важно помнить, что ресурсы, в том числе человеческое время, способности, опыт и репутация, оборудование, комплектующие изделия, здания и сооружения - «реальные» вещи. Во-вторых, решения по перераспределению ресурсов для улучшения системы здравоохранения могут приниматься на различных уровнях как в общественном, так и частном секторах. В-третьих, концепция, представленная в модуле, имеет несколько возможных вариантов применения, одна из которых приведена в кейз-стадиз.

Раздел 2.4 также состоит из двух модулей. Они касаются того, как экономические и социальные детерминанты здравоохранения взаимодействуют с индивидуальным поведением и общественной политикой. Модуль 2.4.1 был подготовлен профессором Беатрис Маджнони д'Интинано из Парижского университета и содержит ряд

вызывающих тезисов. Она задается вопросом: «От чего зависит здоровье нации, группы людей, конкретного человека?» Она выдвигает концепцию капитала здоровья с учетом индивидуальных и групповых аспектов, и выделяет пять основных факторов:

- **генетические особенности,**
- **жизненные риски,**
- **окружающая среда человека,**
- **поведение индивида или социальной группы,**
- **система охраны здоровья, включая профилактические меры,**
- **развитие здравоохранения.**

Она приводит траекторию здоровья в течение всей человеческой жизни. Во-вторых, профессор Маджнони говорит об эпидемиях, вызванных промышленными факторами и играющих ключевую роль в статусе и капитале здоровья в современных обществах. Она считает, что эти эпидемии являются следствием рыночной активности и стратегий в определенных отраслях промышленности в условиях заболеваемости, смертности и недееспособности определенных целевых групп. В-третьих, она выделяет две большие группы среди населения стран с либеральной капиталистической экономикой. Существует разделение по здоровью среди групп, различающихся по уровню образования; есть элементы сильной социально-классовой градации, которые связаны с уровнем образования. В этих группах очень различается отношение к собственному здоровью, склонность к риску и отношение к профессиональным услугам здравоохранения. В модуле подчеркивается, что между этими группами существует дивергенция, различия в группах возрастают, и существующие неравенства, вероятно, возрастут в будущем.

Последний модуль 2 параграфа (модуль 2.4.2), подготовленный профессором Линдгреном из Университета Ланд, Швеция, касается поведения индивида, капитала здоровья и общественной политики. Модуль утверждает, что, несмотря на то, что здравоохранение зависит от многих факторов, которые находятся вне контроля индивида (наследственность, внешняя среда), **люди все-таки могут сильно влиять на свое здоровье.** Поведение человека является одной из детерминант, от которых зависит болезнь и издержки плохого здоровья. Во-вторых, в модуле подчеркивается, что уровень здоровья человека на протяжении всей его жизни в значительной степени определяется тем фактом, что многие люди живут в семьях. Например, члены семьи, как правило, заботятся о здоровье и благосостоянии своих близких. Таким образом, человек, живущий в семье, имеет больше финансовых и временных возможностей для поддержания своего здоровья, чем человек живущий один.

Весьма интересно, в какой степени взаимосвязаны факторы здравоохранения и как они контролируются индивидом. Какова значимость родственных связей для отдельного индивида, других членов семьи, системы здравоохранения и общества в целом? В-третьих, модуль утверждает, что меры общественной политики, подкрепленные экономическим анализом здоровья отдельного человека и различия в здоровье людей, могут внести вклад в улучшение здоровья общества либо через улучшения окружающей среды, либо косвенно **через изменения в регулирование деятельности различных структур, которые влияют на здоровье отдельного человека.** В заключение, в модуле говорится, что при выборе индивидуальных или коллективных подходов к «производству» здравоохранения акцент делается в зависимости от исторических условий и ценностей, экономического и социального развития и распределения доходов, благосостояния и других жизненных факторов.

2.2.1 Взаимосвязь здоровья, здравоохранения и экономики

Основные положения:

- системы здравоохранения и экономические системы взаимосвязаны. Существует несколько важных элементов их взаимосвязи.
- хотя здравоохранение сильно влияет на здоровье - это только одна из его детерминант.
- взаимосвязь между факторами внешней среды (социальными, экономическими, культурными и физическими), в которой живут и работают люди и индивидуальными факторами (такими как генетика) оказывает значительное влияние на тех, кто болеет.
- **здоровые нации более продуктивны.**

Тьютору на заметку

Модуль направлен на оценку уровня способностей слушателей. Его цель обеспечить более широкое понимание системы здравоохранения и экономики у участников.

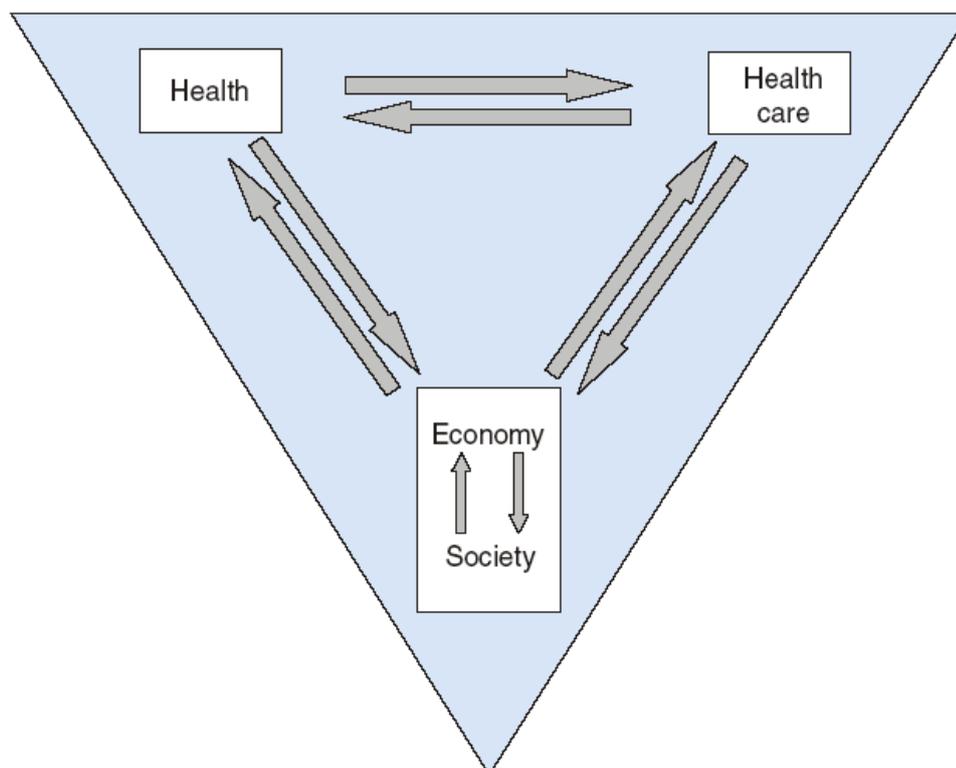
Он может быть использован при занятиях с различными группами слушателей:

- доктора, медсестры – основа системы здравоохранения.
- менеджеры и администраторы
- госслужащие экономических министерств
- крупные бизнесмены
- отдельные политики

Эффективный путь использования модуля – это объединение участников в рабочие группы для совместной проработки упражнений. Ценность данного модуля состоит в том, что он помогает осознать тот факт, что социальная и экономическая политика – это неразрывные части, влияющие друг на друга.

При выборе примеров для данного модуля тьюторы могут уделить внимание динамической природе экономических эффектов. Эффекты взаимодействий, так же как и экспансий, можно проследить на рисунке 1. Тьюторы могут рассмотреть кейс-стадииз применительно к экономикам центральной и восточной Европы.

Fig. 1. The macro triangle



Тьюторы могут упустить некоторые моменты при объяснении рис.1. Могут быть использованы различные определения понятия «здоровье». Следует определить понятие «здравоохранения». Следует уточнить различное влияние экономических эффектов (рост или падение, инфляция/дефляция, занятость/безработица, производительность, распределение доходов).

При использовании Упражнения 2 со смешанными группами будет весьма интересно опросить участников из разных групп с тем, чтобы выяснить, каким образом изменения в политике повлияют на развитие секторов, в которых эти участники непосредственно не задействованы.

Введение

Экономическая система и система здравоохранения являются двумя наиболее сложными системами во всех странах. Они тесно взаимосвязаны, как напрямую, так и косвенно. Здоровье населения страны очень зависит от уровня и типа экономической активности и экономической политики. На уровень здоровья также влияет **доступность эффективных услуг в сфере здравоохранения**, которые зависят от распределения, как частных, так и общественных ресурсов страны. Но здравоохранение – это только одна из важных детерминант здоровья, и расходы на здравоохранение – это только один вид инвестиций в здоровье.

Здоровье нации – в широком понимании как физическое, умственное и социальное, а также способность адаптироваться к ежедневным изменениям – является важной детерминантой национальной экономики. **Общества, состоящие из людей с низким уровнем здоровья, не добиваются хороших результатов в экономике.**

Взаимосвязь здоровья, здравоохранения и экономики является важной темой ВОЗ (1,2). Модуль призывает наиболее активных участников использовать прямые и косвенные связи между здоровьем, здравоохранением и экономикой в их странах. Модуль начинается с упражнения для участников, в которых приведены примеры связей между факторами, которые участники могут сравнивать. Примеры не являются исчерпывающими, участники могут их модифицировать и добавлять что-то новое. Второе упражнение в модуле заключается в том, что участникам нужно выбрать два политических изменения в своей собственной стране, которые могут одновременно положительно повлиять и на экономику, и здравоохранение или – по крайней мере – на что-то одно без ухудшения другого.

Упражнение 1

Найдите как можно больше различий между здоровьем, здравоохранением и экономикой. Используйте это упражнение в дальнейших дискуссиях.

Вопросы

1. Каким образом здоровье нации отражается на состоянии экономики страны, включая состояние частного сектора; общее состояние экономики, оцениваемое по таким показателям как рост ВВП, уровень безработицы, темпы инфляции или распределение доходов; и уровень государственных расходов на социальные программы, включая расходы на здравоохранение?

2. Каким образом высокое качество услуг в сфере здравоохранения влияет на функционирование экономики и на здоровье нации? Как степень и виды расходов на здравоохранение влияют на экономику?

3. Каким образом здоровье граждан и их потребность в здравоохранении зависит от функционирования экономики, включая деятельность предприятий частного сектора, общее состояние экономики, оцениваемое по таким показателям как рост ВВП, уровень безработицы, темпы инфляции или распределение доходов; и уровень государственных расходов на социальные программы, включая расходы на здравоохранение?

Также к упражнению 1 хотелось бы добавить, что, во-первых, слушатели могут добавлять в анализ другие необходимые по их мнению показатели. Во-вторых, слушатели должны проиллюстрировать свой ответ примерами, собственными наблюдениями или статистическими данными по своей стране. В-третьих, на рисунке 1 можно видеть шесть различных видов прямого воздействия, которые могут быть исследованы. Направление стрелок внутри треугольника показывает пути косвенного влияния и обратной связи между Здоровьем, здравоохранением и Экономикой. Следующие подразделы кратко иллюстрируют Рис. 1.

Влияние здравоохранения на здоровье

Это одно из самых важных направлений данного взаимодействия. Наличие качественных услуг здравоохранения in a timely manner подразумевает **улучшение уровня здоровья как отдельного индивида**, так и общества в целом. Несомненно, нужно уделить внимание вопросам эффективности распределения услуг, и акцент необходимо сделать на соотношении затраты-эффективность, другими словами, на производстве услуг с наименьшими затратами. Необходимо также отметить, что на достижение результатов может влиять также и структура системы здравоохранения. Например, **система здравоохранения, в которой делается упор на профилактику болезней в большей степени, чем на лечение и постамбулаторный уход, способствует более высокому уровню здоровью населения**. От способа финансирования системы здравоохранения сильно зависит здоровье отдельных групп населения и общая эффективность здравоохранения. Например, системы здравоохранения, которые в большей степени финансируются за счет частных расходов или частных страховых фондов ограничивают доступ к услугам здравоохранения малоимущих слоев населения.

Влияние здоровья на здравоохранение

Стрелки А и В на рисунке 1 могут рассматриваться как одна подсистема или обратная связь. Если допустить, что здоровье населения улучшается и все остальные факторы неизменны, то необходимость в услугах здравоохранения в будущем снизится. Это аргумент в пользу профилактических мер, особенно касающихся материнства и детства. Практически, редко удается провести анализ при прочих равных. Более того, поскольку средний уровень здоровья по стране в целом повышается, появляются и становятся более важными новые цели. Например, если оказываются соответствующие профилактические услуги или увеличивается продолжительность жизни, нужно уделять больше внимания acute и постамбулаторным услугам.

Это касается здравоохранения и можно сказать, что всегда есть почва для улучшения (особенно если, помимо физиологических факторов, учитывать влияние социальных и эмоциональных факторов), и касательно динамики развития индустрии здравоохранения, когда экономические агенты стремятся обеспечить потребителем как можно большим количеством услуг.

Влияние здоровья на результаты экономической деятельности

Как для отдельного человека, так и общества в целом, процветание ассоциируется с хорошим здоровьем и материальным благополучием, некоторых. В самом деле, социально-экономическая детерминанта в здоровье является одним из наиболее важных и сложных предметов исследования. Экономика страны с высокими показателями обеспечивают людям более высокий уровень жизни. На здоровье оказывают влияние также физико-социальные факторы, такие как домашняя и рабочая атмосфера, уменьшение количества стрессов. Безработица является живым примером: безработные имеют больше проблем со здоровьем, более склонны к суициду и насилию, и ведут более разрушительный для здоровья образ жизни (курение, пьянство), чем люди имеющие работу. (Стрелка В на рисунке 1 указывает на увеличение расходов на здравоохранение).

Условия занятости демонстрируют другой пример. Важными детерминантами здоровья являются: обеспечение безопасности рабочего места, предоставление пособий для детей, для пожилых людей. Страны с высокими экономическими показателями имеют возможность реализовывать национальные проекты в областях связанных со здравоохранением: образование, предоставление субсидий на детей.

Однако, высокая занятость, уровень доходов и благосостояние не гарантируют высоких показателей здоровья. Например, промышленное производство может негативно влиять на окружающую среду без отсутствия необходимого надзора и регулирования. Увеличение показателей выпуска продукции может быть связано с теми товарами, которые оказывают негативное влияние на здоровье. Очень важно как происходит распределение результатов экономического роста.

Влияние результатов экономической деятельности на здравоохранение

В дополнение к вышесказанному необходимо отметить следующее. Страны с более высокими экономическими показателями обеспечивают население более качественными услугами. Как правило, это могут обеспечить экономические системы, где здравоохранение финансируется за счет государства через налоговые сборы и взносы социального страхования. Экономические системы, где финансирование происходит за счет частного страхования или прямых субсидий для частных лиц. Другой пример – это взаимосвязь уровня цен и зарплат в сфере здравоохранения и экономике в целом. Например, могут возникнуть трудности с обеспечением контроля над расходами в сфере здравоохранения, если экономика страны имеет высокие темпы инфляции. Инфляция может привести к росту цен на ресурсы и оборудование и необходимости повышения уровня доходов работникам сферы здравоохранения. Процесс может иметь обратную сторону: инфляция в сфере здравоохранения может влиять на состояние всей экономики. Третий пример, когда на здравоохранение оказывает влияние ассортимент производимой продукции, рост производства фармацевтической промышленности может оказывать давление на систему здравоохранения для увеличения спроса на фармацевтические товары.

Влияние здравоохранения на результаты экономической деятельности

Распределение ресурсов в сфере здравоохранения может оказывать прямое влияние на экономику, в зависимости от альтернативного использования ресурсов. Повышение расходов на здравоохранение может означать уменьшение расходов на инфраструктуру, таких, как строительство дорог, гидроэлектрических сооружений, или снижение социальных расходов: пенсионное обеспечение, образование или экологический контроль. **Многое зависит от способа финансирования системы здравоохранения.** Высокие ставки налогов или страховые премии, например, могут привести к снижению реальных доходов работников, что в свою очередь отразится на их уровне потребления и сбережения. Способ финансирования также влияет на уровень операционных расходов коммерческих фирм, что в свою очередь оказывает влияние на их конкурентоспособность на мировом рынке. Например, это касается систем, которые финансируются напрямую из государственного бюджета. Ценность системы здравоохранения больше определяется производимой продукцией, используемыми ресурсами, чем уровнем потребления продукции.

Упражнение 2

1. Учитывая взаимосвязь между здоровьем, здравоохранением и результатами экономической деятельности, приведенными на рисунке 1, попробуйте предложить меры, которые бы улучшили уровень здоровья населения и результаты экономической деятельности.

2. Почему указанные меры трудно реализовать? Каковы потенциальные барьеры в вашей стране? Что необходимо сделать для достижения результатов?

Здоровье - забота каждого человека – другой взгляд на политику в сфере здравоохранения

Основные положения:

- политика в сфере здоровья шире, чем политика в сфере здравоохранения.
- Существует множество сфер деятельности, не относящихся к здоровью, но оказывающих на него влияние;
- Эти действия и меры могут рассматриваться как предмет политики в сфере здоровья.

Тьютору на заметку

Основная идея модуля – все меры и действия, которые оказывают влияние на здоровье, являются предметом политики здравоохранения.

Модуль предназначен для тех, кто не связан напрямую со сферой здравоохранения:

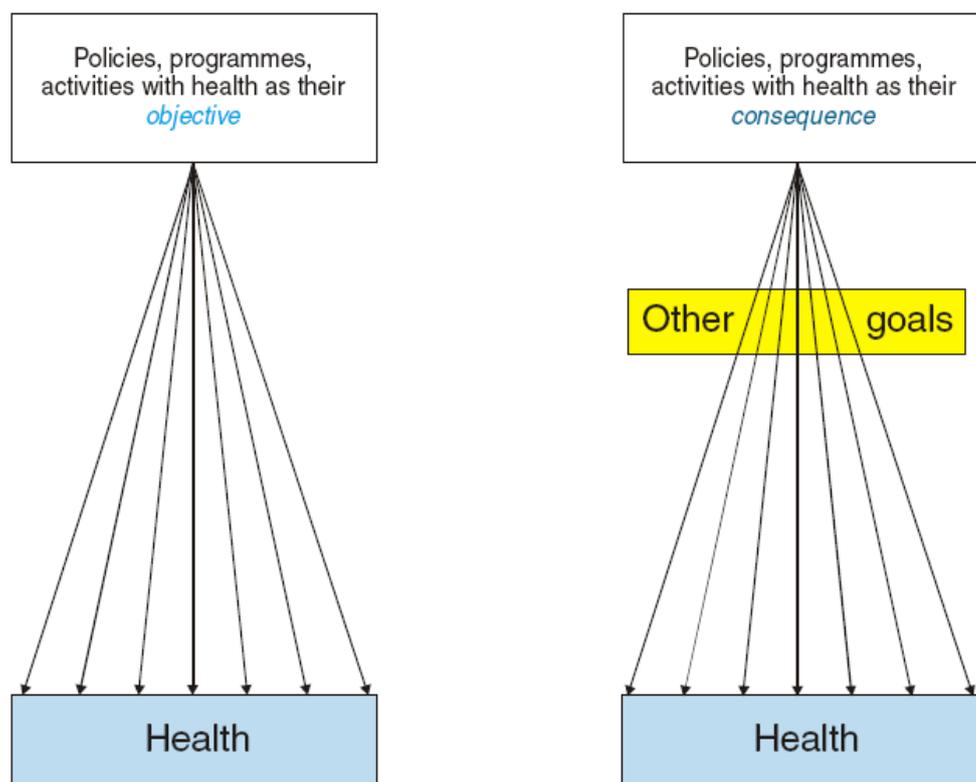
- чиновники министерств;
- исполнительные директора национальных и международных корпораций
- представители профсоюзов и рабочих ассоциаций
- представители некоммерческих организаций;
- широкая общественность.

Основная идея модуля – обеспечение другой оценки действиям и мерам при условии, что эффекты здоровья не имеют значения.

Тьюторы могут использовать модуль по следующим направлениям:

- фокусироваться на различных направлениях (семья, работа, школа, страна) влияния социальной политики на здоровье;
- проследить аспекты динамики Рисунка 1, начиная с примеров взаимодействия между министерствами
- начать с изучения различий между уровнями продолжительности жизни в двух или более странах.

Fig. 1. A different view of health policy



Введение

Основной задачей модуля является повышение уровня знаний тех, кто не относится напрямую к сфере здравоохранения по роду своей деятельности.

Дискуссия

Не удивительно, большинству людей, когда они слышат фразу «политика в области здоровья», приходят на ум больницы, доктора, медсестры.

Но политика в области здоровья включает в себя больше, чем здравоохранение, чем сфера действия профессиональных работников здравоохранения и стены больниц и клиник. Например, материальная поддержка малоимущим беременным женщинам; Программы, в рамках которых специально обученные психологи оказывают помощь молодым людям в стрессовых ситуациях по телефону; программы продовольственной помощи для нужд пожилых людей.

Существует множество сфер деятельности вне сектора здоровья, которые не направлены на улучшение здоровья, но оказывают влияние на здоровье. Рассмотрим следующие примеры:

- Существуют некоторые экономические инструменты (государственные субсидии или налоговые сборы), направленные на вторичное использование отходов производства. Вследствие этого ухудшение здоровья происходит по причине загрязнения почвы и воды.

- Краткосрочные контракты и временные заработки вместо постоянной занятости помогают компаниям конкурировать, но незащищенность труда ассоциируется с серьезными эмоциональными, социальными и физическими последствиями для здоровья.

- Политика страны в области сельского хозяйства может оказать стимулирующий эффект на производство молока с высоким процентом жирности, что отражается – в свою очередь – на здоровье.

- Политика государства в области налогов и доходов может сгладить неравенство в доходах между бедными и богатыми.

- Не совсем адекватная политика в области дошкольного воспитания и образования отражается на здоровье.

Упражнение 1

1. Какими были, по Вашему мнению, наиболее важная программа или политическое решение, принятые в прошлом году? Было ли целью принятого решения здоровье? Если ответ утвердительный, объясните суть той цели, которая была достигнута. Если ответ отрицательный, то проанализируйте, в каком случае решение будет иметь последствия для здоровья индивида или группы.

2. Используя в качестве источника информации местные газеты, выберите статьи, касающиеся важных решений принятых правительством или частными компаниями в сфере здоровья.

В качестве вспомогательного материала для упражнения вы можете воспользоваться рисунком 2. В колонке содержится вопрос «Является ли здоровье следствием указанных мер или действий?» Ответ может быть отрицательным или утвердительным.

Рисунок 2.

Цель здоровья – матрица последствий

Fig. 2. The health objectives–consequences matrix

Does this policy or action have ...		Health as a <i>consequence</i> (positive or negative)?	
		Yes	No
Health as an <i>objective</i>	Yes	A	B
	No	C	D

Медицинские и больничные услуги относятся к сектору А, также как другие услуги в сфере здравоохранения: фармацевтические, реабилитационные и общественное здравоохранение. Также рассматриваются примеры рассмотренные ранее, такие как материальная поддержка малоимущим беременным и общественное здравоохранение. Также рассматриваются примеры рассмотренные ранее, такие как материальная поддержка малоимущим беременным женщинам, телефонные линии психологической помощи подросткам находящимся на грани суицида, и услуги по поддержке пенсионеров.

Сектор В к несчастью также часто не так пусто как часто ожидают. Когда ограниченные ресурсы направлены на обеспечение мер и действий, имеющих в качестве основной цели здоровье, и не достигнуто нужного эффекта, может возникнуть потребность в перераспределении ресурсов. (Перераспределение ресурсов рассмотрено более подробно в Модуле 2.3.2).

Примеры, приведенные выше, начиная с примера экономических стимулов для переработки отходов, подходят для сектора С.

Трудно придумать пример для секции D.

2.2.3 Смотрим в будущее

Основные положения

- процесс принятия решений в сфере здравоохранения стал более сложным, сопряженным со стрессами.

- Будущие работы (помимо прогнозирования и предсказания) – это полезный подход для использования сложных публикаций с неопределенностями при выработке мер.

- Он включает развитие альтернативных сценариев и вариантов развития для новых возможностей и вызовов.

Тьютору на заметку

Упор делается на сценарный подход и тьютор может использовать следующие аспекты:

- политика в сфере здоровья (политическая среда, партнерства, управление изменениями) из модуля 4.2.2 на политический менеджмент общественного здоровья;

- количественное моделирование (составление сценариев, анализ чувствительности) из модуля 5.4.1 на экономическое моделирование и прогнозирование;

- экономические методы (дисконтирование и анализ чувствительности) из Модуля 5.3.1.

Неопределенность и политическая среда

Политическая среда становится все более сложной и стрессовой и стремительно меняется. Важные изменения происходят в демографии и эпидемиологии, в экономике, политике, международной арене. Вызовы исходят от глобализации, временные рамки становятся все уже и времени для размышления, критической оценки и долгосрочного прогноза становится все меньше. Управление изменениями требует новых навыков и четкого понимания целей. Общение с ключевыми stakeholders является важным моментом для достижения успеха в политическом развитии. Требуются навыки в консалтинге, адвокатском деле, ведении переговоров и убеждении, общении со средствами массовой информации. Это особенно важно при построении отношений между сферой здоровья и другими секторами, когда каждый может сформулировать свои и понять интересы другого.

На здоровье оказывают влияние политические, социальные и технические изменения. Для лиц, принимающих решения в сфере здравоохранения важно уметь спрогнозировать подобные изменения, и добиться того, чтобы принимаемые решения были безболезненны для окружающих в долгосрочной перспективе.

Давление на лиц, принимающих решения высокого уровня, часто проявляется в общественном представлении как кризисы, когда публика и парламентарии чувствуют, что министры, государственные служащие или профессиональные советники, кажется, не контролируют ситуацию. Они часто имеют неполное понимание проблемы и им трудно убедить скептически настроенную публику, что они следуют правильному курсу.

Во многих случаях, по крайней мере, три стороны принимают участие в кризисе:

· ученые, данные исследований которых или интерпретация данных подвергают сомнению существующую ситуацию, практику или предложение политики;

· СМИ, чья обработка сообщения ученых является критической к общественному пониманию проблемы и последующей реализации решений правительством;

- лица, принимающие решение, которые должны найти компромисс между мнением ученых, советом, который они получают от их собственных профессионалов и общественного мнения.

Иногда не метод решения проблемы, не подход к контролю ситуации не актуальны.

Нужно определить, перейдет ли ситуация в разряд кризиса. Если да, нужно сделать соответствующие приготовления конструктивно и ответственно. Тогда общественность будет уверена, что здоровье и безопасность – приоритетная забота их правительства.

Есть две области, каждая требующая ответов, выбора и решений:

- области, в которых есть политическое давление, где действовать нужно сразу же и где нет уверенности в долгосрочной перспективе (то есть в случае новых болезней);

- **области, в которых происходят (или будут происходить) изменения в более широкой окружающей среде здоровья, которые, вероятно, будут в значительной степени влиять на здоровье в долгосрочной перспективе (новые способы сбора, обработки и распространения информации).**

Иногда легче предвидеть события типа естественных и биологических явлений и демографического изменения. Но даже в этих случаях простые модели прогнозирования и экстраполяции могут терпеть неудачу, особенно когда вовлечены ценности и образцы поведения. Джон Коулз, в разговоре о внешней политике, говорит, что "для выработки тактики нужна твердость. Нужна интеллектуальная суровость, склонность к инновациям, понимание политической действительности, ощущение будущего и, весьма часто, определенная храбрость" (1). В защиту планирования он заявляет, что "цель - не точное предсказание того, что случится в мире, а концентрация усилий на том, чтобы с учетом альтернативных сценариев возможных событиях принять определенные решения сегодня и более вероятно выдержать испытание временем".

Цель работы аналитика не состоит в том, чтобы сделать предсказания, но стремиться к предвидению. Нужно исследовать альтернативное будущее, чтобы поддержать инновационное, долгосрочное стратегическое понимание того, чтобы решать проблемы. Количественные модели не являются панацеей, но могут быть полезны с точки зрения информационных компонент, лежащих в основе работы

Прогнозирование не должно в идеале отражать будущие события, но должно быть неотъемлемой частью планирования, что снабжает чиновников и других экономических актеров информацией относительно будущих вызовов здоровью и доступа к здоровью (то есть и возможности, и угрозы).

Мы можем лучше всего служить нашему собственному интересу как общество:

- если мы сталкиваемся с картиной будущего, мы должны держать наши умы открытыми (как парашюты, они сами выберут наилучший путь) и исследовать различные возможности;

- если мы имеет такую возможность, мы должны сделать так, чтобы высшие чиновники перестали делать текущие предположения и занялись ответами на различные вызовы и давления;

- **если мы используем наши датчики, чтобы уловить приближающиеся издали слабые сигналы; и**

- **если мы можем получить всеобъемлющее понимание относительно действия или бездействия в случае возникновения той или иной проблемы.**

Подготовка сценария

Подготовка сценариев - хорошо зарекомендовавшее себя средство решения сложных проблем и разрешения сомнений по поводу выработки тактики. Термин "сценарий" имеет различные значения, которые отражают уровни сложности и различные детали, особенно в определении количества и при анализе различных факторов, которые приняты во внимание. Основная идея - то, что сценарий, как картина будущего, является

синтезом свидетельств, идей и предположений, природа которых должна быть очевидна любому читателю. Сценарии – это не предсказания, но предположения о том, каким будущее могло бы быть.

Обработка ряда сценариев может предоставить высшим чиновникам информацию о возможном будущем. Сценарии имеют различные акценты и наборы предположений. Один использует клиометрический метод. Самый простой подход состоит в том, чтобы представить два противоположных сценария, которые дают ответ на вопрос о том, какие действия необходимо предпринять с тем, чтобы, например, предотвратить те или иные события.

Картина желательного будущего, которое мобилизует людей на сотрудничество, может иметь большую политическую власть. В некоторых организациях и структурах это называют "видением". Среди высших чиновников это также носит название "привилегированного сценария".

Первичная целевая группа по признаку различных типов работы в будущем может представлять собой:

- широкое сообщество или группы в пределах его - политические активисты, топ-менеджеры и профессионалы в сфере здоровья, и люди, занимающие лидирующие позиции в различных секторах экономики и обществе в целом, которых привлекает вероятная история, или история будущего;
- в пределах правительства: аналитики и советники, которые хотят рассмотреть все детали так, чтобы они могли для себя проследить путь от выбора свидетельства к аргументу, а затем к выводам (предположения о будущем) и рекомендациям;
- высшие чиновники, которые, учитывая их занятость и давление сверху, будут хотеть видеть простые, сжатые утверждения с твердым содержанием, уместные для принятия ими решений в ближайшей перспективе.

Составление сценария – предположение о возможных будущих ситуациях со специфической целью: помочь высшим чиновникам и другим лицам, принимающим решение, сделать должный оптимальный выбор. Эти решения – не простой технический выбор. Они делаются с учетом политического, культурного и социального, и экономического контекста, и имеют своей целью действие, которое в идеале обладает политической поддержкой, культурной и социальной приемлемостью, и допустимым использованием ресурсов.

Сканирование настоящего и обозримого будущего для поддержания процесса принятия решения, должно иметь множество центров внимания. Должны обязательно быть охвачены ключевые взаимосвязи основных экономических актеров, контекст и измерение времени с тем, чтобы гарантировать, что сценарии основаны на лучших сведениях.

Приложение 1 к этому модулю представляет два сценария, которые значительно отличаются друг от друга в вопросе выгод здоровья. Ни один из них не является предсказанием, они служат для того, чтобы сигнализировать о различных препятствиях и способах их преодоления. Они значительно отличаются от возможностей лучшего здоровья и качества жизни, которое они представляют. В чем же их различие?

"Патогенный" сценарий демонстрирует последствия нехватки политической воли, игнорирование существующих тенденций, и отсутствие стремления к выработке тактики. "Здоровый" сценарий показывает серьезное развитие. Это требует целого ряда обязательств со стороны правительства и всех секторов общества.

Развитие способности к предвидению при выработке политики

Развивая способность предвидения при выработке тактики, понимание происхождения, сложности и перспективности изменений, происходящих сегодня в Европе, являются предпосылкой для построения политики, которая защищает и продвигает здоровье и благосостояние.

Это означает, что **страны должны выстраивать систему анализа и мониторинга для того, чтобы заранее прогнозировать изменения в системе здравоохранения.**

При формировании системы прогнозирования **очень важно, чтобы была хорошая доказательная база.**

Для экономиста, например, прогнозирование объема выпуска продукции – это анализ затраты/прибыль в условиях неопределенности.

Упражнение 1

Какова степень неопределенности будущего для общества в целом, определенных групп и сектора здравоохранения? Рассмотрим этот вопрос с точки зрения различных групп: лиц, принимающих решения, научных работников медицины, исследователей в сфере социальной политики, пациентов. В чем их перспективы и выводы схожи, а в чем различаются? Почему?

Упражнение 2

Пожалуйста, используйте Приложение 1 и два сценария для 2030 года.

По какому из двух сценариев будут развиваться события в будущем году? Какой из двух сценариев приемлем для Вашей страны?

Какие меры будут этому способствовать? Как следует организовать работу? Какие ключевые фигуры следует вовлечь в данный процесс?

Упражнение 3

Каким образом должна быть организована работа по прогнозированию в вашей стране, регионе, институте? За какой период времени?

Какова вероятность успешности таких попыток? Можно ли что-то улучшить? Если да, то как?

Упражнение 4

Найдите заметку в газете, посвященную важному событию в сфере здравоохранения или в других сферах.

По-вашему предпринятые шаги были ожидаемы или неожиданны?

Принимались ли во внимание уроки прошлого или планы на будущее?

Приложение 1. Два сценария

Ниже приведены два простых клиометрических сценария: альтернативное будущее, в котором люди будут стремиться достичь желаемого уровня жизни в зависимости от уровня здоровья, которым они располагают. Сценарии написаны с позиции 2030 года.

Сценарий 1. Бизнес как данность

В начале 21 века миграция, урбанизация, хроническая безработица и падение темпов рождаемости привели к разрушению основ семьи и дестабилизации общества. Наряду с этим, несмотря на развитую систему личной безопасности и законодательную систему, неформальная экономика находится в стадии расцвета.

Политики были неспособны или не желали найти альтернативный путь развития экономики и социального устройства. Все меньшая вера в то, что правительства и ведущие мировые финансовые институты способны управлять экономикой, привели к пониманию того, что процессы глобализации, приватизации и дерегулирования не только продолжаются, но и набирают обороты. Основное правило капитализма – обязанность защищать и приумножать прибыль владельцев – определяется тем, что решения по производственным мощностям зависят от возможности минимизации трудозатрат.

В реальности погоня за прибылью привела к тому, что контроль над производством вредной для здоровья продукции был ослаблен.

Рост безработицы, незащищенность труда и разрушение семьи привели к разрыву в уровне доходов населения и росту социального неравенства, что в свою очередь привело к росту маргинализации населения и социальным конфликтам.

Сценарий 2

Более тесная кооперация между странами, в рамках Организации Объединенных Наций и Европейского Союза способствовала снижению вероятности возникновения международного конфликта. Но возникло другое беспокойство: человеческое развитие как ответ на фундаментальное этническое неравенство.

Вкладка 1. Рассказы оставшихся в живых – Метрополис Dateline, 7 апреля 2030

Анна и ее семья теперь живет в трущобах только рядом с одним из защищенных анклавов нашей столицы. Они избежали насилия и причастности к любой из банд трущоб, но они не уверены, сколько они продержатся в таком состоянии.

Они недавно потеряли свою квартирку в анклаве, который назван жителями как Пирс Уигана. После многих месяцев, в течение которых они не могли найти работу, даже в теневой экономике, они были больше не в состоянии оплачивать услуги частных сил безопасности.

Анна говорит, что так или иначе в ближайшее время они должны были съехать, так как коммуникации отключены, и вне анклава им легче найти воду и вещи на продажу. В трущобах есть все еще некоторые пункты помощи Организации Объединенных Наций, распределяющие порции пищи. Эти порции минимальны, но Анна благодарна и за это. Конечно, это означает очереди и запугивание "вышибалами", когда она стоит в этой очереди. Вышибалы состоят в объединениях капиталистов джунглей, которые пытаются загнать продуктовый рынок в угол. К счастью за прошлые несколько недель банды были главным образом междуусобной борьбой за контроль над этой областью. Это означает меньше преследования представителей Организации Объединенных Наций и людей, стоящих в очереди.

Анна и ее семья считают, что им повезло. В их семье шестеро здоровых взрослых людей, ни один из них не увлекся наркотиками или алкоголем. На десять рожденных детей шесть выживают. Они обсуждают, как они решить проблему с наличными деньгами, по крайней мере, некоторое время: можно продать почку или что - то еще, предполагая, что тогда они будут вовлечены в программу скрининга здоровья. Существует быстро развивающийся рынок человеческих органов - "новая проституция", как сардонически ее называют, вкладывая новый смысл в торговлю своим телом.

Разительно отличается от жизни Анны жизнь тех, кто живет в шикарных домах в защищенных районах и постоянно улучшает свое здоровье. На языке их поставщиков органов, они занимаются тем, что покупают себе органы на аукционах, проводящихся в так называемых «трансплантационных борделях». Так цинично называются пункты приема донорских органов. Существует лимит на продажу органов одним человеком. Но, по мнению Анны, нужно действовать сейчас, пока биотехнологические корпорации не выпустили в массовую продажу искусственные органы, цена на которые будет ниже, чем на человеческие органы, обыкновенно продающиеся на аукционах.

Анна недавно похоронила свою бабушку – 55-ю жертву туберкулеза. Денег на диагностику заболевания не было, только на лечение. У двоих младших детей в настоящее время видны признаки того же заболевания. Анна и другие взрослые решают в настоящее время, продать детей или постараться найти денег, чтобы вылечить их, в противном случае, им остается только надеяться на удачу.

Это случилось в развитых странах частично как следствие потока информации, который сделали возможным глобальные коммуникации. Также это следовало из

длительного давления на жителей развивающихся стран, которые намного раньше поняли существующие проблемы. В частности, повышающееся внимание к вопросам экологии и требования наделения полномочиями менее привилегированных групп приводили к созданию новых групп и организаций.

Политические лидеры платили намного больше, чем за запудривание мозгов, когда поняли серьезность вызовов стабильности международного порядка и единству обществ. Они видели опасность, созданную серьезными различиями между группами населения в располагаемых доходах, возможностях занятости, доступу к ресурсам и свободе от угрозы военного или социального волнения. Была также вариант того, международное сообщество фактически сделало необходимую предварительную работу для того, чтобы решить эти проблемы на различных встречах на высшем уровне и конференциях в 1990-ых и в программах Организации Объединенных Наций, фондовых и специализированных агентств, не в последнюю очередь ВОЗ и ее обязательствах по возобновлению стратегии Здоровье для всех.

Тогда появилось много дополнительных положительных признаков, связанных с изменяющимися перспективами участия и управления все еще в значительной степени неиспользованным потенциалом использования технологий в решении проблем. Люди начали представлять себе, как в будущем человек мог бы использовать свой **потенциал здоровья** для того, чтобы удовлетворительно жить в здоровом обществе с высоким уровнем справедливости, доступом к материалам и другим ресурсам для проживания, и социальной стабильности.

Правительства, посмотревшие другими глазами на проблемы, видели, что не все изменения требовали значительных расходов. Нехватка капитала больше не была автоматическим оправданием того, чтобы не предпринимать никаких действий. Интеллектуальный и политический паралич, который вызвала озабоченность финансированием, уступил место намного более образным и уместным ответам на существующие проблемы.

Изменение управления подразумевало новые роли для партнеров, вовлеченных в политический процесс, включая группы и неправительственные организации, а так же отдельных граждан. Нарастивание политических обязательств привело к тому, чтобы использовать энергию и изобретательность всего общества, и признать, что процесс будет облегчен различными событиями **в технологии коммуникаций**. Это было положено в основу при переходе к демократическому участию и в определении проблем и приоритетов, и в осуществлении решений.

Повторное открытие политиками бедности посреди богатства питало растущий интерес в укреплении социально-экономических структур. Важность социальной поддержки, способность выживать и поддерживать достоинство и ощущение контроля над жизнью была еще раз признана. Имела место готовность обратиться к проблемам и рассматривать их значение для социальной политики. Одним примером была реализация поддержки хрупких социальных и семейных сетей в большинстве стран Европы, и признании разнообразия в структурах семьи и сообщества.

Аналитики и политические советники, а затем и сами политические деятели сами стали понимать, что существует четкая взаимосвязь между производительностью труда, распределением дохода и здоровьем нации; и несправедливость в здоровье была связана с социальным положением, занятием, этнической принадлежностью, полом и поколением.

Это тогда вспомнили и признали, что сокращение смертности, произошедшее в развитом мире, было тесно связано с социально-экономическим развитием. Более ранние сокращения смертности от инфекционных болезней были вызваны изменениями в окружающей среде, лучшей пище, и лучшем жилье. Аналитики и исследователи снова заговорили о связи между физической окружающей средой, урбанизацией и здоровьем.

В последние годы усовершенствования здоровья были более быстры в странах с меньшими дифференциалами дохода. Наблюдалось, **что большая справедливость**

связана с более быстрым экономическим ростом. С точки зрения социальной политики, образование теперь признано ключевым фактором в продвижении не только большей справедливости, но также и лучшего здоровья.

Мы можем теперь ясно видеть, наилучшее здоровье наблюдается не у жителей самых богатых стран, а у жителей тех стран, которые имеют наименьшее различие дохода между богатыми и бедными. Усовершенствование здоровья всего населения основано на экономическом процветании, развитии жизни сообщества и инвестициях в людей.

2.3 СТРУКТУРЫ, МИНИСТЕРСТВА И ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ

2.3.1 РАЗЛИЧНЫЕ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МИНИСТЕРСТВА

Грег Штоддарт

Ключевые понятия

- Чиновники в национальных министерствах здравоохранения и других министерствах извлекли бы больше пользы из понимания дополнительной природы развития здоровья и экономического развития, даже при том, что они могут иметь совсем другое мнение по определенным проблемам.

- Многие из детерминант здоровья (например, уровень дохода, условий работы, социальная инфраструктура) лежат вне компетенции министерств здравоохранения. Координация политики и сотрудничество с другими министерствами, особенно экономическими, является необходимым условием для улучшения через инвестиции вне сферы здравоохранения.

- Здравоохранение имеет специфические особенности, которые принудили правительства большинства промышленно развитых стран отдалить основное медицинское обслуживание от частного сектора. По этой причине, экономические инструменты не могут в индустрии здравоохранения так, как это делается в других отраслях промышленности и секторах экономики.

Тьютору на заметку

Этот модуль предназначен прежде всего для групп, связанных с законодательной властью, отдельных чиновников и / или бюрократического аппарата в министерствах здравоохранения и других министерствах, особенно финансовых и других экономических министерствах. Лучше всего работать со смешанной группой, определенные примеры могут способствовать им помочь друг другу, чтобы понять узкие места в собственных и других министерствах.

Главная цель состоит в том, чтобы способствовать оценке участниками:

- широты проблемы распределения ресурсов для достижения благосостояния
- взаимосвязанности природы развития здоровья и экономического развития
- определенных особенностей сектора здравоохранения, и
- эффектов реализации той или иной политики.

Сложность заключается в том, чтобы избежать поляризации этих двух сторон и облегчить обсуждение, основанное на предпосылке, что они преследует общую цель улучшения благосостояния общества.

Модуль может также использоваться с представителями неправительственных поставщиков здравоохранения или администраторами и представителями бизнес-кругов, если цель состоит в том, чтобы увеличить чувствительность к проблемам здравоохранения. Цель изучения, прежде всего, должна быть на уровне оценки.

Предмет экономики здравоохранения предоставляет возможность приблизиться к некоторым экономическим понятиям здоровья, которые являются полезными на уровне анализа и оценки. Часть материала в списке дальнейшего чтения в конце модуля может

быть сложновата для слушателей без базового экономического образования. С другой стороны, такие понятия, как «провал рынка», будут знакомы чиновникам из финансовых и других экономических министерств, и возможно, по крайней мере, оценить некоторые предложения по реформе здравоохранения в свете различных особенностей здравоохранения, которые представлены в модуле.

Введение

Легко упустить из виду сложную взаимосвязь здоровья, здравоохранения и экономической деятельности, представленную в Модуле 2.2.1 в пределах границ и полномочий любого сектора. Дополнительная природа развития здоровья и экономического развития иногда особенно трудна для понимания чиновников из министерств здравоохранения и министерств финансов. Им сложно принять ее во внимание, так как каждый из них обычно оказывается перед серьезными проблемами в пределах своего министерства. **Проблемы, поднятые в этом модуле, имеют отношение к взаимодействию министерства здравоохранения и многими другими национальными министерствами; министерство финансов выбрано в иллюстративных целях.**

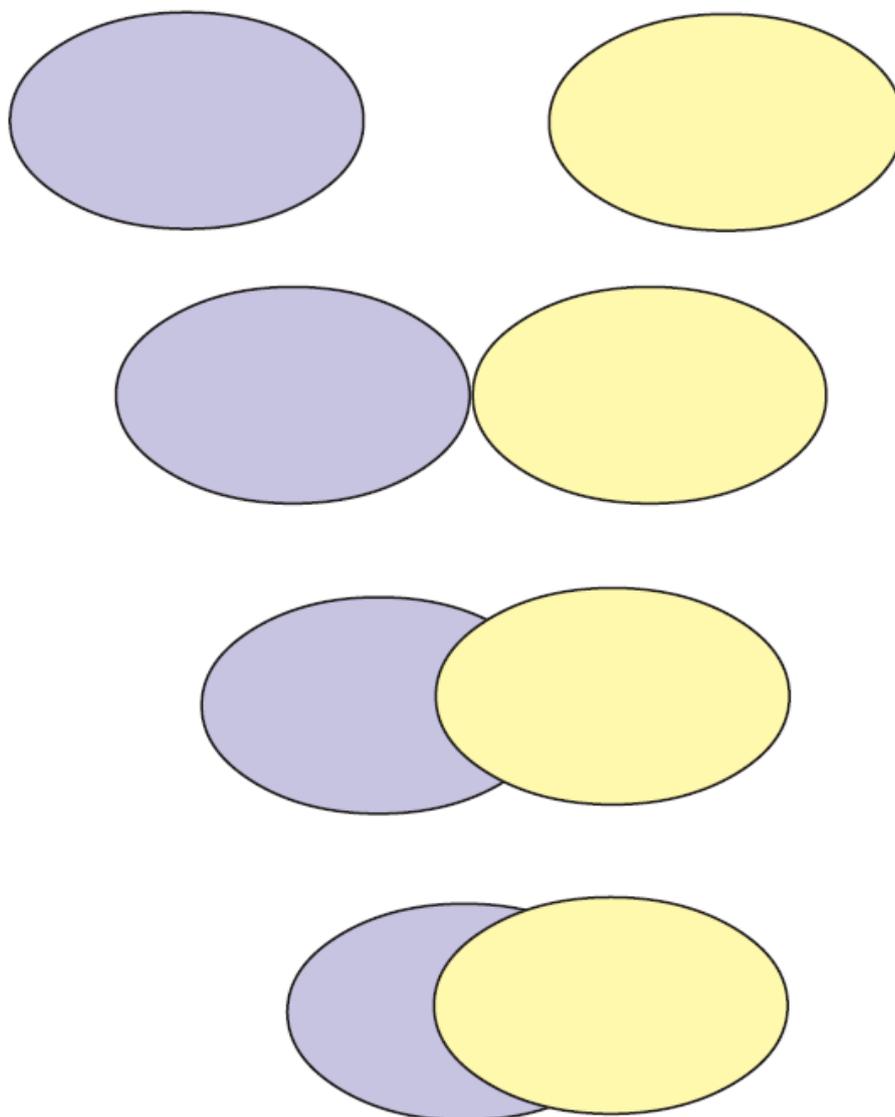
Цель состоит в том, чтобы способствовать улучшению понимания и оценки разных точек зрения, ограничений и целей, и в процессе признать некоторые особенности сектора здравоохранения, которые отличают его от других секторов экономики. После первых упражнений модуль исследует некоторые из различий, которые часто (хотя не всегда) характеризуют перспективы министерств с обеих сторон. Другие упражнения предлагают увеличить взаимоотношения министерств относительно потребности в улучшении сотрудничества при выработке тактики между этими двумя сторонами. Одна из важных идей этого модуля - то, что нужно иметь и общее понимание ключевых аналитических структур, и понятия, чтобы облегчить сотрудничество. Рис. 1 в Модуле 2.2.1 - один пример такой структуры; рис. 1 ниже - другой пример.

Общие перспективы и различия

Министерства здравоохранения и министерства финансов разделяют одну общую, окончательную цель: улучшать общее благосостояние населения их страны. Улучшение здоровья - один из вариантов, хотя и не единственный, для того, чтобы делать это. Уровень медицинского обслуживания, в свою очередь, один из вариантов улучшения здоровья, хотя снова не единственный.

Целесообразно начать с выявления степени важности проблемы распределения ресурсов в обществе. Это иллюстрировано на рис. 2, со специальным акцентом на роли медицинского обслуживания и других детерминант здоровья. Ограниченные ресурсы имеют много вариантов альтернативного использования, разделенных здесь на три категории: медицинское обслуживание, другие детерминанты здоровья, и другие детерминанты благосостояния.

Fig. 1. How closely related are ministries of finance and health?



Внутри каждой категории - множество вариантов альтернативного использования, каждый по-своему важен и связан с политикой, адвокатами, критиками и бенефициарами.

Упражнение 1

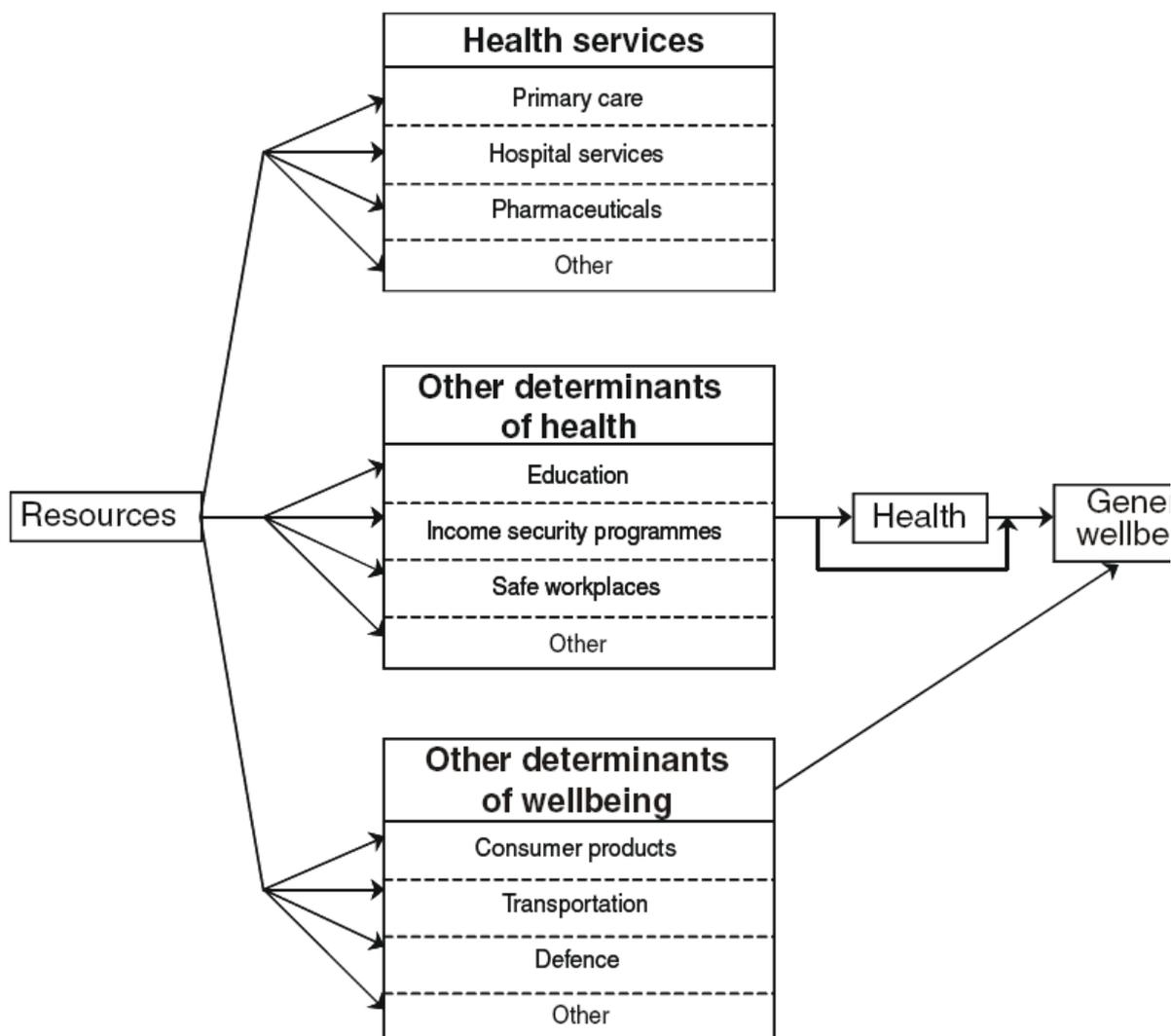
1. **Насколько тесно связаны министерство здравоохранения и министерство финансов в вашей стране?** Какая из диаграмм на рис. 2, по Вашему мнению, лучше всего иллюстрирует их отношения?

2. Объясните ваш выбор. Опишите, почему Вы думаете, что они являются связаны либо не связаны между собой в повседневной работе и выработке тактики.

В последние годы, в результате усилий ответственных за продвижение здоровья в местном, национальном и международном масштабах и быстро растущего объема свидетельств исследований, важность большого набора детерминант здоровья признается все более и более значимой. Детерминанты включают и особенности людей, такие, как генетическая предрасположенность, личные привычки и навыки относительно здоровья, и особенности параметров надстройки, в которых эти люди живут, работают и отдыхают, как безопасность физической и естественной окружающей сред, напряжение в ежедневной жизни на работе и домой, ресурсы, как доход, образование и социальная

поддержка, достаточная для того, чтобы справиться с ежедневной жизнью, пригодность медицинского обслуживания, и степени надежды, контроля, уважения, достоинства и справедливости, которые обеспечивает общество.

Fig. 2. The overall resource allocation problem



Особенности людей и их условия жизни часто не отделимы друг от друга; они взаимодействуют: на сегодняшний день, например, известно, что потребление табакосодержащих изделий социально обусловлено. Детерминанты здоровья работают на протяжении всего жизненного цикла (например, низкий вес при рождении - один из лучших показателей уровня будущего здоровья), и события, произошедшие в раннем детстве готовят почву и для положительных, и для отрицательных аспектов здоровья. Определенные примеры большого числа детерминант и их значения для гармонизации и интеграции здоровья и экономической политики могут быть найдены в HEALTH21: введение в Здоровье Для Всех жителей стран Европы ВОЗ (1) и HEALTH21: Здоровье Для Всех жителей стран Европы ВОЗ (2).

Некоторые из наиболее часто встречающихся различий между министерствами финансов и здравоохранения относительно в здоровье, центра политики и роли и организации систем здравоохранения описаны ниже и проиллюстрированы на рис. 1 и 2 в Модуле 2.2.1.

Инвестиции в здоровье

Широта, сложность и сама природа детерминант здоровья означают, что в основном инвестиции в здоровье не соответствуют потребностям конкретного сектора. Из-за этого, часто имеет место ситуация, когда ни министерство здравоохранения, ни министерство финансов не может учесть или не учитывает широкую перспективу, представленную на рис. 2.

Например, налоговая или трансфертная политика по снижению финансового бремени родителей с низким доходом и с маленькими детьми не рассматриваются как инвестиции в здоровье ни одним министерством. Министерство здравоохранения, озабоченное проблемами поставок и финансирования службы здравоохранения, может рассматривать политику и за пределами ее возможностей, даже при том, что это может означать, что доход рассматривается как детерминанта здоровья. Министерство финансов, хотя и имеет дело с налоговой политикой, скорее всего, не будет рассматривать эту проблему, как связанную со здоровьем.

Это выдвигает на первый план потребность в межминистерских отношениях для того, чтобы обратиться к политике и инвестициям в здоровье, чем пренебрегают при взаимоотношениях между секторами. Один из возможных механизмов - межминистерские комитеты, составленные из политических деятелей, наделенных ответственности по исследованию межотраслевых влияний на здоровье и возможности межотраслевого сотрудничества. Учитывая увеличения спроса на таких политических деятелей, создание такого механизма будет зависеть от признания значимости проблемы.

Фактически, в самом узком представлении обоих министерств, может казаться, что только стрелки А и В в рис. 1 в Модуле 2.2.1 важны для политики здоровья. В течение 20 столетия, политика здоровья правительств промышленно развитых стран заключалось в развитии страхования от болезней и систем поставки, чтобы сделать доступным первичные, вторичные и третичные медицинские и больничные услуги. Хотя этому узкому представлению о том, что составляет политику здоровья, часто бросало вызов здравоохранение, большинство ресурсов, которые общества направляют на улучшение здравоохранения, идут на оплату услуг здравоохранения.

Политический акцент

Деятельность этих двух министерств зачастую отличается от того, что ждут избиратели. Министерство финансов заинтересовано финансовыми индикаторами, и особенно финансовыми кризисами, как дефицит и государственный долг. Министерство здравоохранения заинтересовано индикаторами продолжительности жизни населения и качества жизни и кризисами, как распространение инфекционной болезни или неадекватные средства медицинского обслуживания. Министерство финансов обычно преследует цель контроля над расходами. Министерство здравоохранения часто подрывает эту цель путем обеспечения большего, чем это кажется необходимым чиновникам финансового министерства количества ресурсов для удовлетворения постоянно растущих потребностей и требований со стороны поставщиков здравоохранения. И так же, как министерство финансов обычно не рассматривает эффект от макроэкономической политики для здоровья индивидуумов людей и групп, также и министерство здравоохранения часто дает понять, использование ресурсов именно им является самым важным.

Как показано на рис. 1 в Модуле 2.2.1, министерство здравоохранения может быть охарактеризовано следующим образом: прежде всего стрелка А (от здравоохранения к здоровью) и в меньшей степени стрелка D (влияние экономики на здоровье), в то время как министерство финансов, если заинтересовано вообще, может сосредоточиться на стрелке F (**количество средств, которое тратится на здравоохранение, по отношению к национальному доходу**).

Почти всегда министерство финансов более успешно, чем министерство здравоохранения, в требованиях по отношению к другим правительственным

министерствам принять его политику. Поскольку финансовые кризисы обладают самым высоким приоритетом (после угроз национальной безопасности) для любого правительства, **все министерства обязаны точно рассчитывать свой доход и последствия расходов на реализуемую политику.** В отличие от этого, несмотря на растущее количество свидетельств того, что детерминанты здоровья лежат, прежде всего, в факторах вне контроля министерства здравоохранения, эти министерства обычно были неспособны потребовать от правительства, чтобы другие министерства продемонстрировали свою политику и приняли решения с учетом потенциального воздействия на здоровье людей и населения в целом.

Системы здравоохранения

Министерство финансов при экономическом анализе сферы здравоохранения и рынка услуг здравоохранения не учитывает особенности продуктов и услуг этой сферы. Результаты анализа часто сводятся к рекомендациям по использованию рыночных механизмов таких как: цены, конкуренция и потребительский выбор.

В противоположность этому, министерства здравоохранения развитых стран, учитывая специфические особенности продукции и услуг сферы здравоохранения, убедили правительства своих стран в том, что жизненно важные услуги не должны предоставляться частным сектором. Во всех странах существует механизм финансирования общественных благ.

В отличие от большинства других товаров и услуг, в здравоохранении продукция потребляется для улучшения здоровья конкретного индивида. Для индивида важно его здоровье, а не состояние системы здравоохранения. В самом деле, в отсутствие болезни или потенциально возможной болезни, индивиды стараются избегать трат на здравоохранение. Спрос на услуги здравоохранения определяется не теми же факторами, что спрос на телевизоры или машины. Их потребляют из-за необходимости улучшить свое здоровье. Нужда в услугах здравоохранения зависит от внешнего стандарта, в основе которого лежат медицинские и социальные факторы. **Поставщики услуг в сфере здравоохранения играют важную роль в формировании данных стандартов.**

Во многих современных обществах нужно распространять **(а как?)** самые необходимые услуги в сфере здравоохранения.

Вторая фундаментальная характеристика здравоохранения состоит в том, что **необходимость в его [здравоохранения] услугах является неопределенной.** Хотя необходимость в профилактических мерах очевидна, использование большей части услуг непредсказуемо, потому что инцидент болезни или травмы у человека непредсказуем сам по себе. Тем не менее, некоторые формы страхования могут быть эффективны. Хотя частное страхование является одной из политических мер для правительств, в большинстве стран медицинское страхование частично или полностью относится к общественному сектору, из-за хорошо известного провала рынка, который ассоциируется с частным страхованием на услуги здравоохранения. **Один из самых серьезных проявлений провала рынка частного страхования является то, что индивиды с низким уровнем дохода не имеют страховки.**

Третья характеристика заключается в том, что финансирование производства продукции в сфере здравоохранения имеет национальный приоритет. Человек может быть заинтересован в здоровье других по эгоистическим причинам, как в случае инфекционных болезней, потому что плохое здоровье другого человека или отказ его от лечения несут в себе риск и для него. Но это только часть истории. Почти все наблюдения говорят о том, что люди искренне заботятся о здоровье других и о возможности использования ими возможности предоставления услуг здравоохранения вне зависимости от эгоистических мотивов и, в то же время - не думают об использовании другими телевидения или автомобилей. Идентификация этой потребности говорит о коллективном этическом обязательстве, что что-то нужно сделать, которое, в свою очередь, приводит к

существенной роли для государства в контроле, регулировании и финансировании систем здравоохранения, и иногда и в обеспечении услуг напрямую.

Четвертая и заключительная отличительная особенность здравоохранения - то, что, в отличие от многих других продуктов, **потребители в принципе плохо информированы о своих потребностях в определенном медицинском обслуживании и неспособны оценить заранее, каким образом медицина может им помочь прямо сейчас**. Для этого они консультируются с поставщиками здравоохранения, которые действуют как их агенты при принятии решений о том, что они должны потреблять. Поставщики здравоохранения, хотя они – и поставщики, а не потребители, фактически зачастую обладают большими знаниями о потребностях человека, о доступных услугах и об их эффективности. Действительно, назвать покупателей медицинских услуг потребителями в полном экономическом смысле этого слова трудно. Хотя наличие информации о медицинских технологиях и увеличение пригодности информации для потребителя (например, справочники «Помоги себе сам» и «отчеты» в больницах) могут улучшить количество и качество полезной информации для предполагаемых пациентов, **фундаментальная асимметрия информации между поставщиками и пациентами относительно содержания конкретной услуги не устранена**.

Это асимметричное владение информацией со стороны поставщика и влияние, которое оно дает им в отношении использования медицинского обслуживания, имеет далеко идущие последствия для организации системы здравоохранения и использования механизмов рынка. Например, медицинское лицензирование поставщиков и уверенность относительно их профессиональной саморегуляции, защищающей потребителя-пациента от заблуждения в требованиях к качеству или пользе услуг, - необходимое условие для функционирования системы здравоохранения. Возможность ассигнования услуг или контроля над расходами для механизмов рынка, например, обвинений со стороны потребителя, значительно ослаблена, так как функционирование самой службы здравоохранения не в первую очередь зависит от потребителя. И сильное экономическое и политическое положение, занимаемое поставщиками здравоохранения, в сочетании с осознанием того, что именно они [как «профессиональная каста»] определяют потребность, означает, что всегда будут внутренние попытки расширения системы здравоохранения. Промышленность здравоохранения имеет намного меньше внутренних уравновешивающих механизмов саморазрастания, чем большинство других отраслей промышленности.

Упражнение 2

А. Для слушателей из министерства финансов и других секторов экономики.

В чем Вы видите самую большую проблему, предоставляемую сектором здравоохранения для народного хозяйства? Если бы Вы были министром здравоохранения, как Вы предложили бы решить ее? (Этот вопрос задается слушателям из сектора здравоохранения для комментариев и ответов в самом конце, после ответов всех остальных слушателей).

Б. Для слушателей из министерства здравоохранения или сектора здравоохранения.

В чем Вы видите самую большую проблему, предоставляемую секторами экономики и функционированием народного хозяйства в целом для здоровья населения? Как Вы предложили бы решить ее, если бы были министром финансов?

2.3.2 ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – КОНЦЕПЦИЯ

Основные положения:

- оптимальное использование ограниченных ресурсов подразумевает постоянный поиск новых путей распределения и перераспределения ресурсов в секторе

здравоохранения. Это может включать существующие и дополнительные ресурсы. Однако взаимодействие между секторами для улучшения здоровья часто приводит к перераспределению ресурсов от одного сектора к другому.

Перераспределение ресурсов подразделяется на следующие основные типы:

- перераспределение внутри активаций здравоохранения;
- перераспределение внутри активаций не здравоохранения;
- перераспределение между системой здравоохранения и другими системами;
- перераспределение среди других систем.

Другой важный момент концепции это тип перераспределения ресурсов. Хотя финансовые потоки обычно находятся в центре внимания, важно помнить, что ресурсы сами по себе это реальные вещи, которые влияют на такие сферы деятельности как людское время, способности и ноу-хау, оборудование и поставщики, площадь промышленных зданий и земли.

Решения по перераспределению ресурсов могут быть приняты на разных уровнях: частном и государственном.

Заметки тьютора

Этот модуль может помочь оценить сложность межсекторального перераспределения ресурсов. Анализ включает измерение изменений в потоках ресурсов. Однако, сюда может включаться оценка потенциальных потоков ресурсов которые вызваны изменениями в политике.

Концепция может быть использована для нескольких групп, идентифицированных вертикальной линией на рис. 5, включая избранных политиков, чиновников в министерстве здравоохранения и других министерствах, региональные менеджеры.

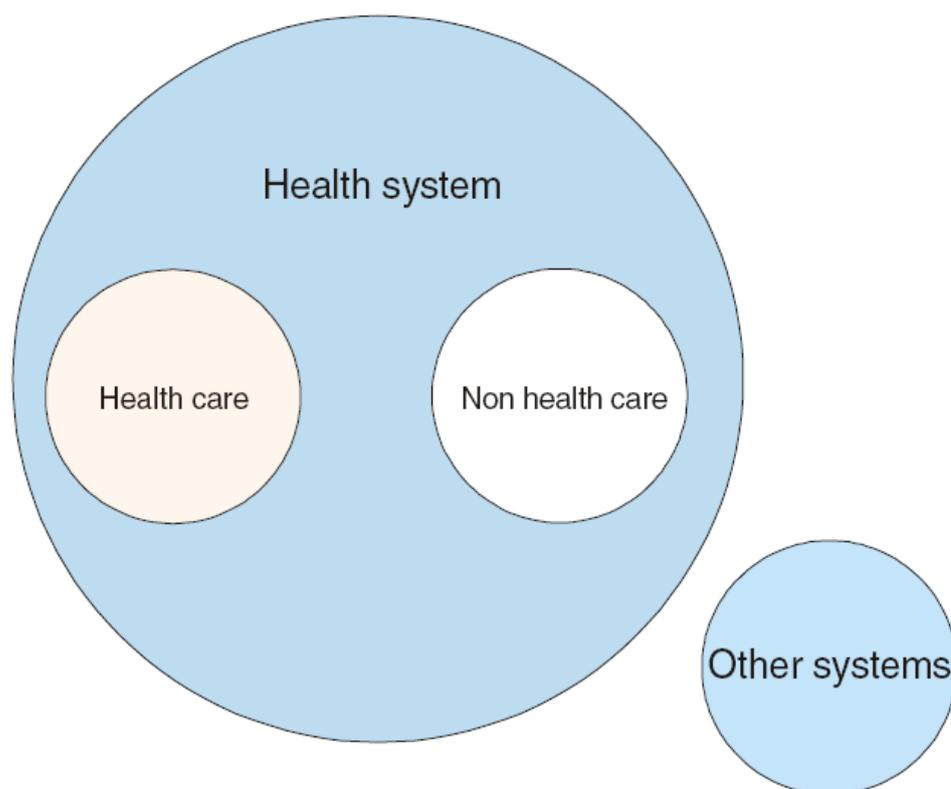
Интересное упражнение, которое предполагает сравнить какой эффект приносят денежные затраты в различных областях, включая вне сферы здравоохранения. На рис.2 показаны варианты распределения денег по линиям А-Е. В условиях экономической концепции, это может быть живым примером для измерения возможных затрат на ресурсы в реальных условиях.

Введение

Межсекторальное взаимодействие подразумевает множество различных сфер деятельности – партнерство, адвокатская деятельность, регулирование, демонстрация и переговоры между ними – что приводит к нескольким основным политическим стратегиям, такие как создание вспомогательных сред (физической, социальной, экономической, культурной и духовной) для здоровья, усиление коллективного взаимодействия, развитие личных кооперационных способностей и компетенции в сфере, построение общественной политике в сфере здравоохранения, переориентация услуг в сфере здравоохранения.

Трудно найти концепцию, в рамках которой можно планировать, исследовать или оценивать такие перераспределения. Этот модуль описывает концепцию перераспределения ресурсов для улучшения функционирования здравоохранения. Концепция иллюстрируется кейс-стади, касающихся Канадской провинции Остров Принца Эдварда; рассматривают различные варианты реформ здравоохранения и варианты перераспределения ресурсов.

Fig. 1. Conceptual framework: components



Обсуждение

Распределение и перераспределение имеет место после того, как утверждены планы, согласованы бюджеты, утвержден порядок действий.

Концептуальная основа делает сильное различие между целями и последствиями (политические меры, программы и другие действия). Прямая цель большинства действий – это улучшение здоровья. Здравоохранение – это основной пример, но другие сферы, не связанные со здравоохранением, такие, как программы помощи новорожденным и прочие услуги, не обеспечиваемые сферой здравоохранения, также имеют своей целью улучшение здоровья в качестве основной цели, или по крайней мере в качестве одной из целей. В качестве примеров можно привести программы обеспечения занятости населения или обеспечение безопасности на дорогах, осуществляемые как в частном, так и общественном секторах.

Сочетание действий в сфере здравоохранения и действий в сферах, не связанных со здравоохранением, показано на рисунке 1.

Конечно, система здравоохранения – это не единственная система, которая имеет последствия для здоровья. Различные меры, такие, как налоговая политика правительства, условия труда, обеспечиваемые частными работодателями, наличие специальных образовательных программ для детей дошкольного возраста и т.д. также имеют место быть.

Действия в сфере здравоохранения и других системах требуют ресурсов. Пристальное внимание уделяется распределению и перераспределению ресурсов для поддержания активности в определенном секторе. В действительности имеют место постоянные поправки. Можно выделить пять основных типов перераспределения:

А) перераспределение между действиями в сфере здравоохранения (например, от больницы к немедицинским, например, санаторно-курортным услугам)

В) перераспределение между действиями внутри системы здравоохранения;

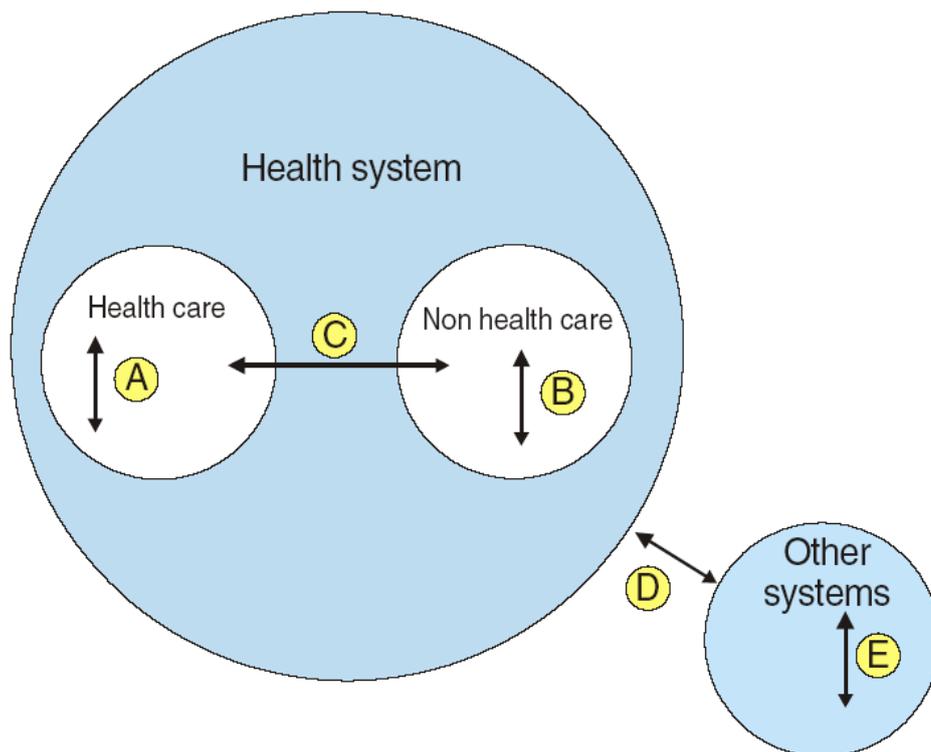
С) перераспределение между действиями в сфере здравоохранения и вне сферы здравоохранения (к примеру, от медицинской клиники к обеспечению жилья для бездомных);

Д) перераспределение между сферой здравоохранения и другими сферами (к примеру, от больниц к программам не связанным со здравоохранением);

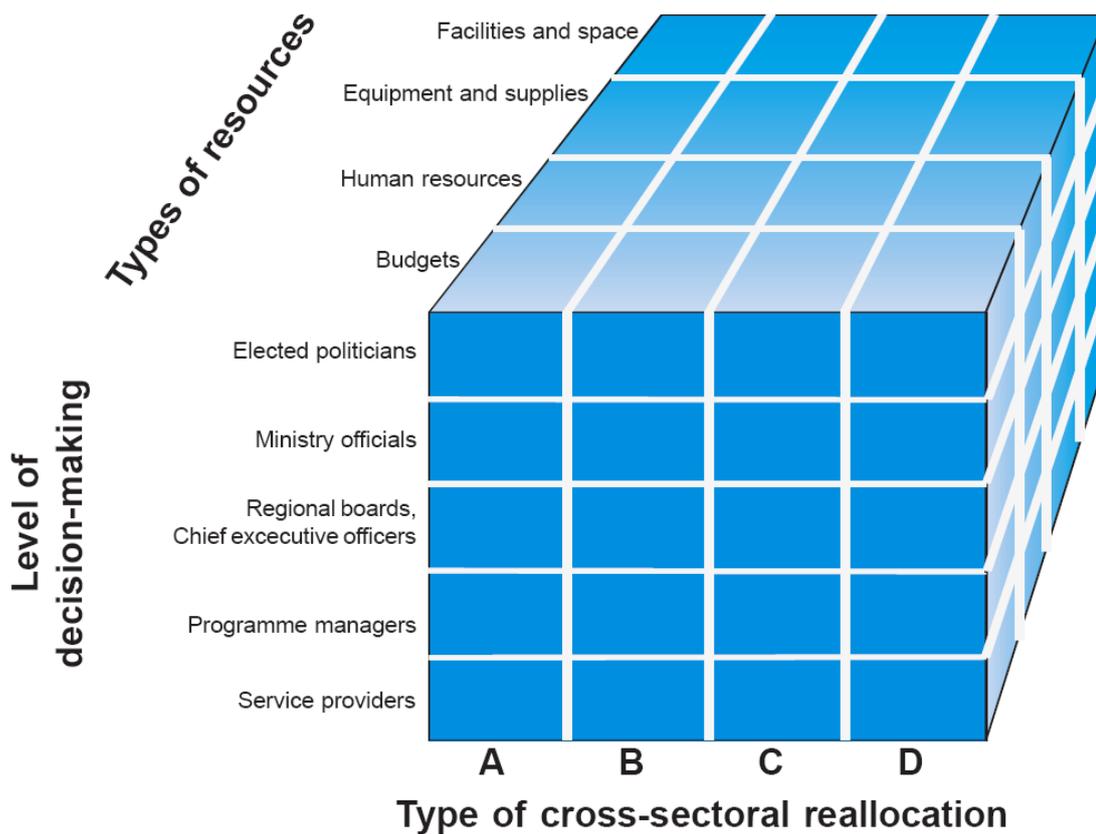
Е) перераспределение между другими системами (к примеру, от туризма и сельского хозяйства к транспорту).

Основные перераспределения показаны стрелками на рисунке 2 и обозначены буквами от А до Е.

Fig. 2. Conceptual framework: flows of resources



Реформа здоровья начала 1990-ых на Острове Принца Эдварда (в дальнейшем ОПЭ) выделила основные детерминанты здоровья, фокусировку на клиенте при поставке услуг, объединение сферы услуг, интеграцию и координацию услуг и учреждений регионального управления здравоохранения. На ОПЭ создано пять областей здоровья, чтобы обеспечить больницы, социальное обеспечение, безопасность дохода, общественное жилищное строительство и диапазон других услуг за исключением врачей, фармацевтических ресурсов и образования. Каждой области предоставляли финансирование, чтобы добиться перемещения ресурсов и обратиться к широкому спектру детерминант здоровья. Эти изменения в значительной степени были результатом изменений в правительстве в 1996.



Цель исследования определить, был ли CSRA (межсекторальное перераспределение ресурсов) сделано в соответствии с широким спектром детерминант здоровья и были ли успешно применены механизмы, положенные в основу помощи этому процессу, в особенности блокирование финансирования и региональное управление. Было проведено 58 интервью с различными представителями сферы здравоохранения, занимающими различные посты во всех пяти областях здоровья и Министерстве здравоохранения и социального обеспечения и в других секторах, что было реализовано зимой 1998-1999. Интервью были записаны на пленку и расшифрованы для анализа и интерпретации. Весной 1999 фокус-группа вновь сообщила о предварительных полученных данных. Это обеспечило инструментарий сбора данных, а также возможность подтвердить интерпретации исследователей. Встреча, проведенная зимой 2000, отвечала поставленным целям.

Опрошенные выделили 74 канала CSRA, две трети которых включали обслуживающий персонал, рабочее пространство, оборудование и информацию. Двадцать пять включили финансовые трансферты, главным образом в пределах секторов. Некоторые из финансовых трансфертов перераспределяли деньги из программ на нужды больниц. Фактически, большинство ответчиков полагало, что сектор извлек пользу из CSRA и из ассигнований местного бюджета. Большинство CSRA произошло в пределах определенной системы сферы услуг, некоторых вовлеченных товариществ и разделения ресурсов с другими секторами, особенно со сферой образования. Из инструментов, предложенных для того, выделить широкий спектр детерминант здоровья, региональное управление здравоохранения было отмечено прежде всего как помощник. Это помогло гарантировать внутрирегиональную интеграцию и координацию и обеспечило местным организациям присоединение к региональному сообществу. Однако это снижало межрегиональное сотрудничество и делало такие программы более трудными для финансирования и реализации. Многие из опрошенных отмечали, что региональное управление требовало присутствия сильной центральной власти с тем, чтобы

гарантировать равные условия для всех областей. Финансирование блока рассматривалось менее позитивно. Некоторые видели облегчение в CSRA посредством обеспечения одного бюджета определенным объемом услуг, тогда как другие отметили некоторые из особенностей CSRA – отсутствие переноса, излишки программы, увеличивающие дефициты программы в тех же самых областях здоровья – как вредные для изменений ресурса здоровья населения. В три раза больше как барьеров, как и «помощники» было упомянуто в ходе опроса. Среди «помощников» были названы развитие или появление организационной культуры, благосклонной к здоровью населения. Важные особенности этой культуры включали переходящее лидерство, пространственное мышление, и мотивированность и энтузиазм персонала, который желал сотрудничать, чтобы объединить услуги для клиентов. Фактически, бóльшая интеграция была замечена как один из самых положительных результатов изменений в системе сферы услуг. Барьеры структурны по своей природе и включают политическую природу здравоохранения, общественное восприятие и предпочтения, соглашения в рамках союзов, оппозиция в лице сообщества врачей и уровень финансирования. Фактически, природа и контекст финансирования были замечены как жизненно важные большинством всех опрошенных. Бюджетная практика и культура формируют то, что может быть достигнуто: если нет никакой бюджетной линии, нет никакой деятельности. Для тех, кто желает защищать лелеять и осуществлять CSRA в соответствии с широким спектром детерминант здоровья, признание пределов того, что является возможным (и увеличение возможностей CSRA) - важное значение политики.

2.4. ИНДИВИДЫ, ГРУППЫ И КАПИТАЛ ЗДОРОВЬЯ

2.4.1. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

Беатрис Маджнони д'Интинано³

Ключевые понятия

- В современных обществах, как развитых, так и развивающихся, эпидемии, вызванные промышленным производством, играют ключевую роль в статусе здоровья и капитала здоровья.
- Они являются последствием рыночной деятельности и стратегии некоторых отраслей промышленности с точки зрения заболеваемости, смертности и недееспособности таргет-групп.
- Существует определенное различие в уровне здоровья между людьми, имеющими образование, и людьми, его не имеющими.
- Ценность их здоровья и отношения в этих группах различаются и имеют определенные последствия на поведение относительно здоровья, включая пользование здравоохранением.

Тьютору на заметку

Студенты могут обсуждать ключевые понятия, используя два нижеприведенных вопроса и 4 упражнения, данных в конце модуля.

1. изучите концепцию эпидемий, вызванных промышленным производством, в Вашей стране

Какие отрасли промышленности в этом участвуют? Они представляют национальный, иностранный или международный бизнес? Какие из них наиболее опасны для молодежи / мужчин / женщин? Являются ли женщины менее восприимчивыми к попыткам бизнеса продвигать рискованные товары и услуги? Как воспринимают продвижение продукта или услуги люди разных полов? Как можно регулировать поведение компаний? Подумайте о

³ Этот модуль подготовлен профессором Беатрис Маджнони д'Интинано, Университет Пари XII, Франция (e-mail: bmajnoni@wanadoo.fr)

злоупотреблении табаком. Должна ли быть запрещена продажа табака? Должна ли цена на табак быть увеличена? Какова степень эластичности спроса⁴ на табак в зависимости от возраста и социального статуса потребителя в вашей стране? Существует ли зависимость между отрицательными инвестициями в здравоохранение и заболеваниями, вызванными промышленным производством?

2. Рассмотрите различия в поведении в отношении здоровья в вашей стране между людьми с более низким социальным статусом и людьми с более высоким социальным статусом. Связаны ли эти различия с уровнем заработной платы, со степенью информированности, с уровнем образования, с чем-либо еще?

Этот модуль может использоваться со следующими группами:

- Неспециализированная аудитория
- Профессионалы сферы здравоохранения (врачи, медсестры и т.д.)
- Служащие министерств здравоохранения
- Представители неправительственных организаций, добровольческих организаций и сообществ.
- Политики.

ВВЕДЕНИЕ

От чего зависит здоровье нации, группы людей и отдельного индивида? В чем заключаются различия? Где происходят изменения? Изменения основных факторов происходят из-за реакции населения на эти факторы. Первая часть модуля анализирует концепцию капитала здоровья и его основные социальноэкономические детерминанты. Они включают в себя: биологические, экономические, социальные и поведенческие факторы, и концепцию заболеваний, вызванных промышленным производством. Первая часть модуля включает различия между индивидуальными и общественными аспектами капитала здоровья и содержит применение такого подхода в США.

Во второй части модуля дается объяснение, почему же современные общества все больше и больше разделяются на две группы по признаку капитала здоровья, и исследование того, уменьшится или усилится это разделение в будущем. Важно помнить, что социальная стабильность в обществе зависит от общего уровня здоровья, который, в свою очередь, также зависит от ряда факторов, таких как уровень образования и уровень дохода. Наконец, содержится ряд советов для политиков по регулированию отраслей промышленности, которые провоцируют заболевания, вызванные промышленным производством.

СОЦИОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ КАПИТАЛА ЗДОРОВЬЯ

Концепция капитала здоровья является частью концепции человеческого капитала Беккера, привносящей качественные аспекты в экономическую концепцию труда (1). Человеческий капитал зависит и от профессиональных навыков, и от статуса здоровья. В 1970-ых годах эта идея была рассмотрена Гроссманом и включала в себя и индивидуальные, и общественные инвестиции, поскольку здоровье предоставляет выгоды, получаемые на выходе, и выгоды полезности для человека и общества, возможно, в большей степени, чем другие товары или услуги, которые человек постоянно потребляет. Инвестирование в человека и общество – это ресурс капитала здоровья, а потребление – результат.

ЗДОРОВЬЕ²¹ содержит различные детерминанты здоровья и способы их взаимодействия (см. рис. 1). Различия в доходе и в возможности получения образования и работы тесно связаны с различиями в здоровье и в качестве жизни по странам и

⁴ Эластичность спроса – это степень изменения величины спроса в зависимости от изменения цены. Если спрос на товар не эластичен по цене, тогда величина спроса не изменится вследствие изменения цены (пример: хлеб). Спрос эластичен, если даже небольшое изменение цены вызывает значительные изменения в величине спроса (стиральный порошок).

социальноэкономическим группам. Здоровье человека определяют не только социальноэкономические детерминанты. Статус здоровья для человека зависит и от событий, происходящих в жизни, а также от индивидуального выбора. Быть бедным означает, что человек находится в худшей ситуации при процессе выбора и при стрессовых ситуациях.

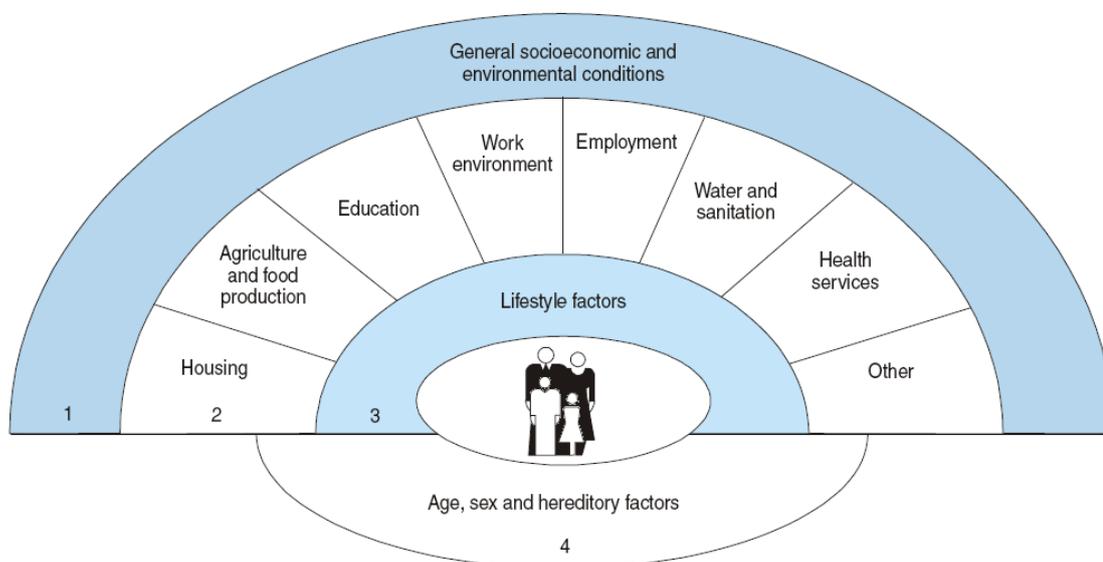


Рис. 1. Основные детерминанты здоровья

Здоровье очень зависит от социальноэкономических обстоятельств и тем более от социальноэкономической политики и ее реализации. Основные детерминанты включают уровень дохода, уровень образования и занятость. Взаимодействие между секторами в данном случае заключается в том, чтобы обеспечить поддерживающее здоровье и развитие, стимулируя сектора на определение и реализацию совместных усилий по развитию здоровья и экономики в целом. Такие действия должны облегчить людям выбор в вопросах здравоохранения и стимулировать деятельность различных сообществ и организаций по охране здоровья дома, на работе, в школах и городах.

ЗДОРОВЬЕ21 предлагает следующие стратегии:

- Политические меры, направленные на более справедливое распределение доходов (например, прогрессивная шкала налогообложения), выгоды от социальной безопасности для лиц определенного возраста или для семей с низким уровнем дохода;
- гарантированность получения бесплатного доступа к здравоохранению и к образованию, а также субсидии для домохозяйств;
- меры по повышению рождаемости и увеличение желания учиться;
- привлечение экономических ресурсов в образовательные программы, отвечающие потребностям клиентов и установлению социального равенства;
- установление более высоких образовательных стандартов и сокращение численности учащихся в одном классе;
- реализация программ тренингов и трудоустройства, особенно для тех, кто до этого находился в менее выгодных условиях;
- гибкие условия работы;
- альтернативные виды социальной и общественной работы для снижения долгосрочной структурной безработицы;
- уточнение политических мер в области рынка труда с целью снижения возможности дискриминации по половому, возрастному и расовому признакам.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Для того, чтобы акцентировать внимание на качестве продукции, производимой программами здравоохранения, нужно использовать анализ цена-полезность. Этот анализ основан на показателе КВАЛИ (год качественно прожитой жизни является мерой выигрыша в здоровье, которая направлена на измерение дополнительных лет жизни с ее качеством, которое достигается в эти годы). Любой человек рождается с определенным запасом здоровья и в любой год жизни уровень здоровья может быть оценен по качеству жизни в относительном или абсолютном выражении, где 0 – это смерть, а 1 – это наилучшее здоровье.

Также здоровье может быть оценено на операционном уровне, по демографическим индикаторам, таким, как ожидаемая продолжительность жизни, уровень детской смертности, количество недееспособного населения, уровни смертности от различных заболеваний (рак, инфаркт, несчастные случаи и т.д.), ожидаемый уровень смертности (на число родившихся, от астмы и т.п., которых можно избежать, используя превентивные меры или ресурсы системы здравоохранения). Эти индикаторы могут быть объективно измерены. Другие показатели более субъективны, как, например, забота индивида о своем здоровье, уровень стресса и т.п. Если мы примем в расчет классификацию по полу, некоторые показатели могут измениться. Например, если мы берем такой показатель, как уровень смертности по физическим и объективным причинам, то показатели у женщин будут намного выше, чем у мужчин. Женщины живут дольше (на 6-8 лет во Франции, в других странах эта разница чуть меньше), они меньше подвержены сердечным заболеваниям и раку (исключение составляют специфические раковые заболевания у женщин). С другой стороны, если мы примем в расчет социальные и физические индикаторы, которые определяются самими людьми, такие, как уровень стресса и депрессии, мы получим обратные результаты. По словам женщин, они страдают больше мужчин. И многие исследования, основанные на опросах, показывают худшее здоровье у женщин, чем у мужчин.

В жизни происходят различные изменения, некоторые из которых могут привести к коренному перелому (4,6). Курс на развитие здоровья предусматривает взаимодействие различных элементов, таких, как события, происходящие в жизни человека, биологические риски и детерминанты здоровья. В своей жизни человек постоянно сталкивается с возможностями, обстоятельствами и выбором, в том числе и в вопросах здоровья. И данный курс предполагает увеличение результативности здравоохранения в среднесрочной и долгосрочной перспективах. В случае переломного момента в жизни на здоровье и благосостояние влияют и факторы микроуровня, и факторы макроуровня. Например, неправильное поведение родителей по отношению к ребенку закладывают основу социального риска на всю его жизнь, и в такой ситуации необходимо инвестировать в социоэкономическое благосостояние родителей и семей.

На рис. 2 показано, различные факторы влияют на капитал здоровья в любом возрасте

ОСНОВНЫЕ СОЦИОЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

Начиная с XIX века повышающиеся стандарты жизни оказывают решающее влияние на уровень здоровья, на увеличение продолжительности жизни, особенно на основные заболевания, от которых умирают молодые люди, как, например, туберкулез (7). Сегодня, влияние благосостояния на здоровье можно проследить путем сравнения продолжительности жизни в странах Западной и Восточной Европы. В России, к примеру, продолжительность жизни, начиная с 1990-го года, сократилась с 70 до 65 лет у мужчин, в частности из-за роста бедности. В соответствии с Отчетом ООН о развитии человечества, опубликованного в 1997 г. (8), показатель уровня бедности населения России вырос с 4 до 40 %. Другой пример – различия в питании между населением стран Севера и

Средиземноморья, что оказывает огромное влияние на заболевания сердечно-сосудистой системы.

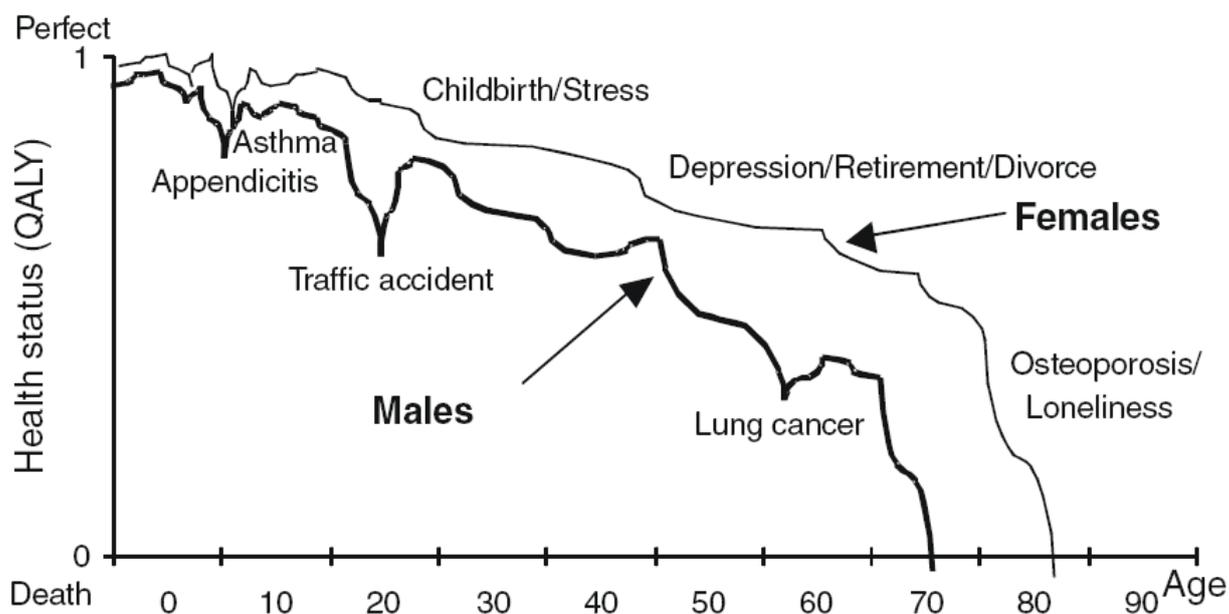


Рис. 2. Индивидуальное здоровье
Источник: Маджнони, Интинано, (6).

Размещение, образование, медицинское обслуживание и т.д.

Эффективность услуг здравоохранения и всей системы здравоохранения, особенно лечебной медицины, оказывает значительное влияние на индивидуальный капитал здоровья. Другие важные факторы - политика здравоохранения, коллективное предотвращение болезни и приоритет, отданный информации, предотвращению болезни и исследованиям. Индивидуальный капитал здоровья может находиться в зависимости, либо положительной, либо отрицательной, от услуг, оказываемых в других секторах, например в образовании, размещении, выплате денежных пособий и общественном порядке.

Факторы, влияющие на образ жизни; пол человека

Эпидемии, вызванные промышленным производством, включая те, которые являются результатом употребления табака, превышения скорости, высокого уровня шума, потребления алкоголя, наркотиков и оружия, а также лишнего веса, объясняют большую часть смертей среди мужчин по сравнению с женщинами и среди людей с низким уровнем образования. Они также (частично) объясняют снижение продолжительности жизни мужчин в государствах, недавно получивших независимость. Смерти вызваны несчастными случаями, насилием и самоубийствами. Такие эпидемии - следствия маркетинговых действий определенных отраслей промышленности, приводящих к заболеваемости и смертности целевых групп. Эти отрасли промышленности обманывают людей, находящихся в группе риска. Пол является главным различием в вопросах продолжительности жизни и статуса здоровья из-за различного отношения людей разного пола к рискам (Стол 1). На наш взгляд, гендерное различие меньше в кругах высоко образованных людей, например, преподавателей.

Табл. 1.

Вероятность умереть в возрасте от 35 до 60 лет во Франции, в %

	Мужчины	Женщины
Неквалифицированные работники	28,0	7,5
Работающие в промышленности	21,0	7,5
Служащие	18,0	6,0
Учителя, преподаватели	7,5	5,0

Источник: Национальный Институт Здоровья и Медицинских Исследований (9).

Склонность к риску в современных обществах часто расценивается как типично мужское поведение. Такое поведение также поощряется продвижением таких продуктов, как автомобили и мотоциклы, табак и оружие. Это явление наблюдается в Соединенных Штатах, в Европе и в развивающихся странах. Склонность к риску, злоупотребление оружием и потребление наркотиков преобладают среди этнических меньшинств и зажиточного населения Соединенных Штатов (эти показатели находятся в списке причин смерти). Особенно значительны усилия табачных компаний стран Центральной и Восточной Европы по продвижению своей продукции.

Эпидемия рака легких началась в 1950-ых среди мужчин и достигла пика приблизительно в 1965 в Великобритании и приблизительно в 1990 в Соединенных Штатах. Среди женщин она началась позже и до сих пор ее темпы растут, тогда как среди мужчин в большинстве стран этот показатель стабилизируется или уменьшается.

Наблюдается два периода в жизни мужчины, когда их смертность выше, чем у женщин в те же периоды. Во Франции смертность среди мужчин в возрасте 20 лет в 3.5 раза выше, чем среди женщин того же возраста. Это происходит из-за несчастных случаев, наркотиков, насилия и склонности к риску. Второй период - возраст приблизительно 60-ти лет, когда смертность среди мужчин в 2.5 раза выше, чем среди женщин, но уже из-за таких факторов, как раковые заболевания, связанные с употреблением табака, и алкогольный цирроз печени. Это – болезни, которые убивают спустя приблизительно тридцать лет после того, как человек совершал рискованные действия.

Возраст, пол и факторы наследственности

Некоторые люди страдают от генетических заболеваний, некоторые находятся в группе риска, т.е. у них вероятность заболевания, скажем, диабетом или раком вдвое выше, чем для людей, которые не страдают от фактора наследственности. Здоровье также уменьшается с возрастом, но у мужчин и женщин по-разному.

Рис. 2 показывает нам, как меняется капитал здоровья у людей в зависимости от их пола, цикла жизни. Капитал здоровья человека зависит от пяти факторов:

1. генетически заложенное здоровье
2. риски
3. окружающая среда и промышленные эпидемии, которым подвержен человек
4. поведение человека и социальной группы, которой он или она принадлежит
5. система здравоохранения, включая превентивные меры и продвижение здравоохранения

Мужчина и женщина начинают жизнь с более или менее высоким уровнем генетически заложенного здоровья (1), который может быть повышен различными

профилактическими мерами (5) и просвещением (включая обучение тому, как правильно чистить зубы и сидеть на диете). Маленькие дети обоих полов подвержены воспалению аппендицита (2), учитываются системой здравоохранения (5), и страдают от болезней от загрязнений (3). Мальчик страдает от несчастного случая (3), который приводит к существенным препятствиям для всей его дальнейшей жизни. Молодая женщина имеет трех детей (1), что мешает ее профессиональной карьере и приводит к депрессии, вызывая ухудшение здоровья (1) и (4). Человек - курильщик заболевает раком легкого (3) и после 65 лет его здоровье резко ухудшается (5). В 75 лет он умирает. Женщина живет еще девять лет, но страдает от остеопороза и депрессии из-за одиночества. Ее здоровье очень резко ухудшается после 80 лет. В течение жизни мужчина или женщина создают аварийную ситуацию на дороге (3), которая на сказывается непосредственно на них, но приводит к тому, что какой-то другой человек становится инвалидом. Влияние специфических услуг здравоохранения и всей системы здравоохранения занимает приблизительно 20-30 % здоровья человека (7). Остальные определены другими вышеперечисленными факторами.

Гроссман (2,3) отнес улучшающееся здоровье к инвестициям. Люди вкладывают капитал в улучшение здоровья, чтобы улучшить свою способность к работе и свой будущий доход. Другие авторы представляют это как чистое потребление благосостояния, сопоставимое с потреблением любых других товаров и услуг. Различные образы жизни и разное отношение к здоровью очень влияют на показатели здоровья отдельных людей и социальных групп, что продемонстрировано в табл. 1; в ней показаны различные вероятности смерти в период от 35 до 60 лет во Франции согласно социально-экономическому статусу и полу. Люди страдают главным образом от заболеваний пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой системы и раковых заболеваний, а также от недостатка превентивных мер, и только частично от несчастных случаев на работе.

Коллективные аспекты

Во многих обществах капитал здоровья рассматривается как коллективные инвестиции. Бисмарк пробовал избежать социальной революции путем ввода нового типа профессионального страхования от болезней в период 1880-ых гг. Ллойд Джордж, когда делал то же самое после 1910 г., думал об укреплении рабочей силы, занятой в британской промышленности и численности британской армии.

В настоящее время в развивающихся странах, согласно данным Мирового банка, улучшение или ухудшение здоровья (особенно женского) - главная детерминанта человеческого капитала, особенно детского. Поразительный пример - заболевание СПИДом в Африке (6).

В промышленно развитых странах, например, в Европе, с высоким уровнем безработицы и невысокими темпами роста капитала здоровья молодёжи, здоровье улучшается главным образом среди пенсионеров. Это можно рассматривать скорее как стоимость и как чистое потребление благосостояния, а не как инвестиции в производительности нации.

Стоимость молодых людей для их семей и для общества в рамках инвестиций, сделанных в их образование и здоровье и их будущее, объясняет, почему некоторые страны, например, скандинавские страны, пробуют предотвратить или остановить эпидемии, вызванные промышленным производством. Эти болезни быстро распространяются в странах Центральной и Восточной Европы, где употребление табака, превышение скорости, насилие, потребления наркотиков разрушают здоровье человека.

В чем заключаются преимущества здоровья американцев?

Cutler и Richardson (10) провели оценку изменений в состоянии здоровья американского населения в 1970 и 1990 гг. Они добавляют к анализу продолжительность жизни населения, рассчитанную с учетом индекса QALY, принимая во внимание

распространенность основных причин болезни и долю индекса QALY для каждой болезни.

В качестве примера они приводят снижение числа заболеваний, связанных со зрением и увеличение числа болезней сердечно-сосудистой системы, раковых заболеваний, диабета и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Также они принимают во внимание повышение уровня здоровья в вопросах зрения, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и стабилизации уровня здоровья в вопросах раковых заболеваний или диабета. Табл. 2 иллюстрирует некоторые из этих данных.

Табл. 2

Статистика заболеваний и качество жизни в США

	Зарегистрированные случаи болезни		Индекс QALY	
	1970	1990	1970	1990
Болезни зрения	48	30	0,84	0,93
Раковые заболевания	11	19	0,70	0,70
Болезни сердечно-сосудистой системы	65	99	0,57	0,71
Диабет	46	54	0,65	0,66
Заболевания опорно-двигательного аппарата	102	135	0,70	0,88

Источник: Culter & Richardson (1998) (10).

Результаты интересны. Авторы показывают, что в течение рассмотренного периода уровень здоровья американского населения (главным образом пожилых людей (+65 лет)) не просто повышался, а повышался в большей степени, чем затраты системы здравоохранения. В период с 1970 по 1980 гг. это увеличение наблюдалось в основном среди черного населения, но с тех пор наблюдалось относительное уменьшение. Наконец, здоровье женщин было намного лучше, чем у мужчин.

Различные подходы к здоровью

Среди населения стран с либеральными и капиталистическими экономическими системами можно выделить две группы согласно уровню образования. В квалификации образования важную роль играет социально-классовый градиент. Дети, которые получили предуниверситетское образование или более высокое техническое образование имеют намного больше возможностей улучшить свое здоровье, также как и вид занятий и доход. Кроме того, образование очень сильно влияет на выбор, который делает человек. Высшее и другие формы образования способствуют продвижению инноваций, которые в свою очередь провоцируют экономическое развитие. Этот раздел описывает исследование от Национального Института Статистики и Экономических Исследований (НИСЭИ) и Национального Института Здоровья и Медицинских Исследований (НИЗМИ) (6).

Люди в первой группе (интегрированная группа) принимают демократические и индивидуальные ценности современных обществ. Эта группа представлена образованными людьми младших поколений, семьями с двумя работающими родителями, или женщинами. Они положительно относятся к здоровью и считают, что их поведение в этом вопросе должно быть добровольным и нацеленным на будущее. Они пробуют улучшить свое здоровье или, по крайней мере, сохранить на прежнем уровне посредством ухода от рисков (например, женщины медленно ездят на машине) или принятия превентивных мер (чистка зубов, своевременная диагностика рака, занятия спортом). Их спрос на здоровье сформирован их жизненным циклом, прежде всего вопросом воспроизводства, то есть ограничением рождаемости, проведением УЗИ, процедурами

терапевтических аборт, генной медициной. Другими словами, есть требования, связанные с благосостоянием взрослого человека, как контроль над стрессом и повышение способности к работе. Наконец, есть требования, связанные со старением и смертью, такие, как предотвращение лекарственной зависимости и возрастных страданий, возможность умереть не в больнице, а дома, и иногда сознательный выбор между более длинной жизнью или лучшей жизнью.

Информация и решения, которые принимают люди, влияют на требования этой группы к системе здравоохранения. Все увеличивающийся спрос на амбулаторную помощь, дневную заботу в больницах частично может быть объяснен все возрастающей компетенцией членов семьи представителей данной группы. В будущем эти люди извлекут выгоду из радикальных перемен в медицинских технологиях, которые все более и более ориентируются на превентивные меры, генную медицину и на изменения в индивидуальном поведении (например, в пище, занятиях спортом, стресс-менеджменте, предотвращении риска). Они готовы платить за дополнительную информацию, принятие превентивных мер и лучшее качество оказания медицинских услуг. Своего рода защитой прав потребителей товаров сферы здравоохранения иногда является даже медицинский туризм (например, в Швейцарию или на французское побережье для талласо-терапии). Все больше информации эти люди получают из СМИ и Интернета. Увеличивается потребление ими фармацевтических препаратов.

Вторая группа состоит из людей с низким уровнем образования, молодых мужчин, матерей - одиночек и их детей или неполных семей (приблизительно 10-20 % населения). Они часто фаталистически относятся к здоровью и относительно невысоко оценивают важность здоровья. Иногда они даже ведут разрушительный образ жизни и сами сокращают свою продолжительность жизни, когда ведут себя как любители риска: ездят на машине слишком быстро, злоупотребляют наркотиками, алкоголем и табаком, используют оружие. Все больше семей в этой группе состоит из безработных, которых поддерживает государство всеобщего благоденствия, таким образом они не чувствуют никакой связи между уровнем своего здоровья и своим будущим доходом. Главным образом именно эти люди страдают от эпидемий, вызванных промышленным производством, особенно молодые люди приблизительно в возрасте 20-ти лет, которых убивают в уличных бандах, и мужчины приблизительно 60-ти лет, которые умирают от рака легкого или цирроза печени. Драматический пример - различие в продолжительности жизни между чернокожими и белыми мужчинами в Соединенных Штатах (6 лет). Спрос на услуги здравоохранения этой группы: экстренная помощь, лечение в больнице или лечение последствий различных катастроф (например, войны).

Различия в потреблении услуг здравоохранения между этими группами задокументированы (6). Первая группа предъявляет более высокий спрос на превентивные услуги, услуги дантистов, специализированную помощь и амбулаторное лечение, а также на высоко специализированную медицинскую помощь в случае серьезной болезни. Вторая группа предъявляет более высокий спрос на услуги терапевта, услуги больницы в случае любого заболевания и на экстренную помощь при несчастном случае.

Случаи нежелательной беременности более часто встречаются среди молодых женщин с низким уровнем образования, чем среди женщин-представительниц среднего класса и хорошо образованные девушек. Это часто приводит к зависимости от государства всеобщего благоденствия и к так называемой «ловушке» («западне») бедности, то есть к плохому здоровью в будущем как у матери, так и у ее ребенка.

Расхождение между этими двумя группами, кажется, наблюдается повсюду. Особенно это различие наблюдается между мужчинами и женщинами в Соединенных Штатах и Франции, а также и в других европейских странах. И в либеральных капиталистических обществах типа Соединенных Штатов стран Западной Европы, и в переходных экономических системах типа стран Центральной и Восточной Европы общество все более и более разделяется на две группы: (i) образованное,

квалифицированное и рабочее население и (ii) необразованное, плохо квалифицированное и безработное население. Различия между этими группами увеличиваются в связи с техническим прогрессом, конкуренцией и интернационализацией производства и торговли. Следовательно, и неравенство увеличится. Есть риск сегрегации ответа системы здравоохранения на требования этих групп. Существует лишь одно решение проблемы отказа бедных людей от инвестирования в свое собственное здоровье или в здоровье своей семьи. Оно состоит в том, чтобы обеспечить им реальное позитивное будущее. Люди, которые не видят будущего для себя, не будут вкладывать в него (и наоборот). Чтобы эти люди поняли это, необходимо предоставить им подходящую информацию о системе здоровья и об их правах на ее использование. Каждый должен иметь возможность получить доступ к системе здравоохранения, использовать то, что она может предложить, и тем самым улучшить свое здоровье.

Это отвечает цели 2 Программы HEALTH21 (4), которая говорит о равенстве (справедливости) здравоохранения. Там говорится, что *"к 2020 году разрыв в уровне здоровья между различными социально-экономическими группами в пределах страны должен быть уменьшен, по крайней мере, на одну четверть во всех государствах-членах ВОЗ, существенно улучшая этим уровень здоровья представителей бедных групп населения"*.

Упражнение 1

Какие изменения в факторах произошли в конце двадцатого столетия по сравнению с девятнадцатым? По вашему мнению, какие факторы будут доминировать в двадцать первом столетии?

Упражнение 2

Что бы Вы положили в основу формирования индекса QALY? Попросили ли бы Вы врачей предоставить данные? Пациентов? Вы думаете, результаты были бы одинаковыми? Какие факторы Вы бы приняли во внимание: образ жизни, способность к труду, семейная жизнь, уровень страданий, риск смерти и др.? Каков, на Ваш взгляд, вес каждого фактора, и как нужно их группировать?

Упражнение 3

В вашей стране улучшение здоровья молодых людей и населения рабочего возраста рассматривается как инвестиции в производство, при помощи которых повышается глобальная производительность экономики, или как индивидуальную проблему? Приведите примеры. Связан ли Ваш ответ с безработицей?

Упражнение 4

Предположим, что ваша страна бедна, или медицинское обслуживание ограничено количеством наличных денег у человека. Это означает, что сумма денег на дорогостоящую хирургическую операцию, очень ограничена и люди встают в очередь на подобную операцию. **Как хирурги должны рассматривать людей, злоупотреблявших табаком и алкоголем - как виновных или как жертв?** Кто должен быть первым в очереди на лечение? Являются ли материально необеспеченные алкоголики или курильщики жертвами определенных социальных условий или сами полностью ответственны за небрежное отношение к своему здоровью? Они должны быть первыми в списке на лечение или последними? Должны ли врачи просить и о том, чтобы они пообещали прекратить курить или напиваться после операции? Как бы Вы решили этот моральный конфликт, если бы должны были принимать решения и контролировать выбор врачей?

Какие ресурсы или действия могли бы решить двойственность современного человека? Более полная информация? Ценовая политика, направленная на удорожание

табака и алкоголя? Политика, которая запрещает курение или употребление алкоголя среди молодежи?

Ссылки

1. BECKER, G.S. Человеческий капитал: теоретический и эмпирический анализ со специальной ссылкой на образование, 2-ое изд. Нью-Йорк, Национальное Бюро Экономических Исследований, 1975.
2. GROSSMAN, M. Спрос на здоровье: теоретические и эмпирические исследования. Нью-Йорк, Издательство Университета Колумбии, 1972.
3. GROSSMAN, M. О концепции здоровья и спросе на него. Журнал политической экономии, LXXX (2): (1972).
4. HEALTH21: Здоровье Для Всех. Копенгаген, Региональное Отделение ВОЗ в Европе, 1999 (Серия «Здоровье Для Всех в Европе», № 6).
5. DAHLGREN, G. и WHITEHEAD, M. Политика и стратегии продвижения социальной справедливости здоровья. Стокгольм, Институт Будущих Исследований, 1991 (воспроизведено в HEALTH21: Здоровье Для Всех. Копенгаген, Региональное Отделение ВОЗ в Европе, 1999 (Серия «Здоровье Для Всех в Европе», № 6, р. 68).
6. MAJNONI D'INTIGNANO, V. Здоровье и экономика в Европе – Что я знаю об этом? Париж, Университетское издательство Франции, 2001.
7. MCKEOWN, T. Роль медицины: мечта, мираж, или Немезида?, 2-ое изд. Оксфорд, Blackwell, 1979.
8. Отчет о человеческом развитии 1997 г. Нью-Йорк, Программа Развития ООН, 1997.
9. Неравенства в здоровье. Париж, Открытие/Национальный Институт Здоровья и Медицинских Исследований (INSERM), 2000.
10. CUTLER, D. и RICHARDSON, E. Ценность здоровья: 1970-1990. Американский экономический обзор, 88 (2): 97-100 (1998).

Дополнительная литература

- DRUMMOND, M. и др. Методы экономической оценки программ здравоохранения. Оксфорд, Издательство Оксфордского университета, 1997 (1-ое издание 1987).
- MAJNONI D'INTIGNANO, V. и ULMANN, P. Экономика здравоохранения. Париж, Университетское издательство Франции, 2001 (Серия Экономическая Фемида).
- PHELPS, C.E. Экономика здравоохранения, 2-ое изд. Reading, MA, Addison-Wesley-Longman Inc, 1997.
- Отчет об использовании здравоохранения и расходах на него. Париж, Центр Исследований, Обучения и Документации Экономики Здравоохранения (CREDES), ежегодные публикации.
- Социальные данные. Париж, Национальный Институт Статистики и Экономического Образования (INSEE), 2002/2003.

2.4.2 ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

Björn Lindgren⁵

Основные понятия

- Хотя здоровье определяется многими факторами, которые человек не может контролировать – наследственность, экология – человек может в значительной степени влиять на свое здоровье.

⁵ Этот модуль был подготовлен Профессором Бджерном Линдгреном, из Университета Лунда, Швеция (email:inger.lindgren@lu.se), ценный вклад оказала Ева Бондар, Будапешт, Венгрия (электронная почта: bondar_eva@s16.kibernet.hu).

- Таким образом, индивидуальное поведение - одна из детерминант здоровья.
- Экономический анализ может использоваться для того, чтобы понять индивидуальное поведение и различия в здоровье среди людей.
- Многие люди, помимо самого человека, имеют стимулы для того, чтобы инвестировать в его здоровье – это его семья, соседи, друзья, однокашники, предприниматели, местные организации, сектор здравоохранения и общество в целом – но степень, пути и возможности их воздействия различны.
- Меры социальной политики могут улучшить здоровье либо (i) непосредственно через улучшение окружающей среды, либо (ii) косвенно через изменения в структурах, которые влияют на индивидуальное поведение.
- Здоровье населения зависит и от здоровья отдельного индивида, и от распределения здоровья.
- Степень, до которой общество полагается на индивидуальные или коллективные подходы к "производству" здоровья и акцент, который делается на индивидуальном здоровье или на распределении здоровья, зависят от исторических обстоятельств и ценностей, экономического и социального развития, распределения дохода, богатства и других аспектов жизни.

Тьютору на заметку

Наличие широкого диапазона групп в пределах системы здравоохранения принесло бы пользу для лучшего понимания индивидуального поведения и здоровья, воздействия на индивидуальное здоровье семьи и общества в целом, и политики, направленной на улучшение здоровья нации – цель, которая включает и повышение уровня индивидуального здоровья, и его распределение среди населения в целом. Этот модуль может быть особенно интересным для тех, кто участвует в составлении инструкций и формировании финансовых стимулов с тем, чтобы поощрять здоровый образ жизни и продвигать защиту окружающей среды:

- высшие чиновники сферы здравоохранения;
- государственные служащие и правительственный технический персонал;
- чиновники здравоохранения;
- менеджеры служб здравоохранения;
- практики здравоохранения;
- потребители.

Модуль содержит таблицы, иллюстрирующие проблемы, представленные в тексте, вопросы для обсуждения в контексте, определенном для конкретной страны и упражнения, нацеленные на освещение всевозможных противоречий и злоупотребления служебным положением различных агентов в обществе, если это помогает решить ту или иную проблему, связанную со здравоохранением.

Введение

Важность хорошего здоровья для народного хозяйства уже давно была признана экономистами. Одним из них был американский экономист Ирвинг Фишер; в 1906 он написал:

истинным "богатством нации" является здоровье людей. Нация, состоящая из слабых, болезненных и недолго живущих людей бедна по сравнению с нацией, жители которой имеют противоположный тип. (1)

Цель исследований «цены болезни» состояла в том, чтобы определить количество экономических последствий заболеваний, или точнее последствия от плохого здоровья для народного хозяйства. Экономисты все еще могут заниматься подобными проблемами,

но главный интерес современной экономики здравоохранения – здоровье индивида, факторы, его определяющие, распределение здоровья среди индивидов, и то, до какой степени социальная политика влияет на здоровье. Это – тема, которая будет проанализирована в данном модуле.

В течение долгого времени хорошее здоровье считали подарком Бога, а плохое здоровье – наказанием или просто неудачей. Современная медицина говорит нам, что зачастую хорошее здоровье можно восстановить, если будут приняты соответствующие меры. Современные генетические исследования все более доказывают важность факторов наследственности. Эпидемиологи идентифицировали факторы риска окружающей среды, которые могут повредить здоровью человека. Ученые, изучающие общественное здоровье подчеркивают важность образа жизни индивида. Так, в настоящее время здоровье и факторы, влияющие на него, рассматриваются как довольно сложное явление.

Вкладка 1. Возможная цена болезни для общества

Существует определенная цена, которую общество платит из-за существования болезней и различных повреждений: возможная цена болезни. Таблица 1 показывает некоторые оценки ситуации в Швеции. В принципе, возможную цену болезни можно рассмотреть как состоящую из двух отдельных частей:

- прямые затраты, которые отражают ценность ресурсов, перемещенных из других секторов экономики в сектор здравоохранения по причине наличия болезни. Речь идет об альтернативных издержках производства других товаров и услуг;
- кроме того, если не было никаких болезней или повреждений, можно было бы произвести большее количество любого товара или услуги; косвенные затраты на улучшение здоровья отражают ценность тех товаров и услуг, которые, возможно, были бы произведены, если бы люди не заболели, и таким образом они представляют потерю потенциальной производительности, упущенную возможность.

Есть, конечно, и другие потери благосостояния, помимо отказа от производства определенных товаров и услуг. Такие отрицательные эффекты как боль, страдание, ненадежность и горе, связанное с болезнью, можно отнести к неосязаемым затратам. Поскольку не существует реальной возможности оценки размера полных неосязаемых затрат, никакой попытки сделать это пока не было.

Таблица 1.

Цена болезни в Швеции, 1991 г. 6 наиболее дорогостоящих заболеваний

	Шведские кроны, млрд.	Процент от общего числа
Заболевания опорно-двигательной системы	60,9	23
Психические расстройства	41,0	15
Заболевания системы кровообращения	32,5	12
Заболевания дыхательных путей	22,1	8
Несчастные случаи, отравления, насилие	21,3	8
Заболевания плазмы крови	16,0	6
Все болезни	269,8	100

Источник: Линдгрэн (2).

Экономисты, изучающие здоровье, очень интересуются **ролью человека как ключевого лица, принимающего решения**. Есть несколько серьезных оснований для того, чтобы принять этот подход к здоровью. Даже при том, что другие члены семьи, друзья, соседи и сограждане беспокоятся о человеке, ощущают некоторую ответственность за его или ее здоровье и получают от этого определенную выгоду, несомненно, прежде всего сам человек извлекает выгоду из собственного хорошего

здоровья. Этот человек также несет первичную ответственность за свое собственное здоровье, он – конечный "производитель" своего здоровья. Конечно - как подчеркнуто выше - большая часть восстановления после болезни или непосредственного излечения заболевания может быть приписана врачу и использованию различных ресурсов здравоохранения, но без участия в нем человека процесс лечения замедлится или даже будет невозможен. Понятие "производителя здоровья", однако, не означает, что человек (с помощью доктора или без нее) целиком определяет свое здоровье - могут вмешаться три фактора, такие как наследственность, окружающая среда и случайность, но чаще всего, конечно, именно человек может весьма существенно влиять на состояние своего здоровья.

Этот модуль состоит из четырех частей:

1. человек как производитель здоровья;
2. человек, здоровье и семья;
3. человек и здоровье в более широком социальном контексте;
4. индивидуальное здоровье, социальная политика и здоровье нации.

Человек как производитель здоровья

Как подчеркивал Ирвинг Фишер, здоровье – одна из форм капитала. Здоровье и образование - два типа человеческого капитала, в которые человек может инвестировать. Богатство - третий тип капитала, единственный, который можно физически отделить от его владельца. Как потребительский товар, здоровье предпочтительно хорошее, потому что это заставляет людей чувствовать себя лучше. Как средство производства, также желательно хорошее здоровье, потому что это увеличивает число дней, в течение которых человек может работать. Также, хорошее здоровье увеличивает возможности повысить свой доход. Четвертый тип капитала был введен недавно как новое аналитическое понятие: социальный капитал, в который человек может инвестировать (социальные взаимодействия, социальная сеть, и т.д.), или общество (политика и институты, которые улучшают социальное единство). Социальный капитал может быть востребован и для воспроизводства самого себя, и с точки зрения положительных эффектов, оказываемых им на здоровье (см. Вкладку 1). На агрегированном уровне, инвестиции во всех четыре типа капитала – предпосылки для экономического роста, который в свою очередь является предпосылкой для улучшения здоровья и благосостояния населения.

Индивидуальное здоровье зависит от выбранного образа жизни, делая лучшее или худшее состояние здоровья более или менее вероятным. При использовании советов врачей, фармацевтических препаратов, при лечении в больнице и т.д. хорошее здоровье можно восстановить. То, насколько хорошо происходит преобразование ресурсов здоровья в результаты здоровья зависит от (i) существующего уровня развития технологий здоровья и от (ii) знания человека о том, как использовать доступные технологии. Однако даже если бы человек имел полное знание о технологиях здоровья, то он или она не обязательно выбрал бы ту, которая принесет максимальную пользу его или её здоровью. Почему?

Одной из причин является то, что существуют различные ограничения, включая время, деньги, цены и правительственное регулирование. Никто из людей не может увеличить или уменьшить количество часов в сутках. Таким образом, в некотором смысле, *время* - один из наиболее одинаково распределенных активов. Но время можно использовать для очень многих других интересных и приятных действий, а не только для тех, которые связаны со здоровьем. *Деньги*, то есть доход и активы, конечно, имеют тенденцию быть более неравномерно распределенными, чем время, но даже миллионер заметит, что есть верхний предел тому, что можно сделать с его или её деньгами. *Цены* являются определенным барьером, почти независимо от того, насколько они низкие; *государственное регулирование* также налагает ограничения. Людям часто не разрешают покупать фармацевтические препараты в аптеке, например, если они не имеют рецепта

врача. Могут также быть ограничения на то, где должны продаваться фармацевтические препараты. Стоимость и поставки товаров и услуг здравоохранения довольно жестко регулируются почти во всех странах.

Таким образом, человек должен выбрать, что сделать и как потратить свои деньги в течение жизни. Данный процесс принятия решения индивидуумом можно формально рассмотреть как проблему оптимизации: цель человека состоит в том, чтобы максимизировать свои предпочтения, принимая во внимание все вышеупомянутые ограничения. Решение этой проблемы оптимизации лежит в основе плана того, как будут использоваться время и деньги и как они будут распределены по различным действиям и промежуткам времени. Экономист считает само собой разумеющимся, что лучше всего о собственных предпочтениях знает сам – это краеугольный камень экономической теории. Экономисты также утверждают, что предпочтения человека не изменяются

Но индивидуальные предпочтения отличаются. Мы все слышали о том, что курить вредно и лучше не курить, о том, что нужно регулярно делать утреннюю зарядку и о том, что нужно стараться избегать всех видов опасной деятельности. Некоторые люди в большей степени, чем другие, прислушиваются к этим советам. Это происходит не из-за их невежества или неспособности заплатить, но (i) из-за различий в их готовности рисковать здоровьем ради различных удовольствий повседневной жизни, (ii) из-за различий в их готовности приносить жертвы: они не хотят в будущем сожалеть, что не действовали определенным способом. Это означает, что люди могут действовать по-разному, несмотря на то, что перед ними могут возникнуть одни и те же ограничения, и что максимизация предпочтения индивида - несколько не то же самое, что максимизация здоровья индивида.

Однако, даже если индивидуальное предпочтение действительно устойчиво, индивидуальное поведение может быть изменено различными способами посредством изменения ограничений, с которыми сталкивается человек. Например, цена медицинского обслуживания может быть более или менее субсидирована; опасное потребление может быть обложено более высоким налогом; или граница между предписанием и запрещенными наркотиками может быть изменена. Если одно из этих ограничений изменено, то старый план поведения, возможно, более не оптимален для человека. Если так, его или её запланированный образ жизни изменится. Кроме того, поскольку единственным ограничением, одинаковым для всех, является число часов в сутках, т.е. время, а доходы, цены и государственное регулирование отличаются, люди будут иметь различные проблемы оптимизации – и ее решения - в зависимости от той страны, в которой они живут.

Возраст и инвестиции в здоровье

Согласно биологии, старение – это замедление темпов воспроизводства клеток. Функционирование организма ухудшается. Физиологические изменения оказывают негативное воздействие на функцию мозга. Экономист же может интерпретировать старение как обесценение здоровья человека. Обесценение здоровья человека изменяется в зависимости от его или её жизненного цикла. В течение некоторых (ранних) периодов жизни это обесценение может снижаться, но, в конечном счете, нормы обесценения увеличиваются. Таким образом, здоровье людей более старшего возраста, вероятно, ухудшится быстрее, чем здоровье более молодых людей, по крайней мере, по истечении нескольких лет. Это обесценение здоровья может быть полностью или частично возмещено брутто-инвестициями в здоровье. Чем выше норма обесценения, тем больше инвестиции в здоровье. Это означает, что здоровья у более молодого человека больше, чем у более старого. Таким образом, индивид будет увеличивать свои брутто-инвестиции в здоровье, поскольку он стареет и его здоровье ухудшается. А поскольку здоровье становится хуже, в конечном счете инвестиции в здоровье будут предельно высоки для

того, чтобы предотвратить его смерть. В этом смысле человек определяет уровень своего здоровья на протяжении жизни, но также и ожидаемое время смерти.

Доход и инвестиции в здоровье

Доход (или богатство) тесно взаимосвязан со здоровьем. Хорошее здоровье улучшает способность к труду, и богатство позволяет делать инвестиции в здоровье. Поэтому между этими двумя понятиями наблюдается сильная корреляция, ее можно рассмотреть с двух сторон. На национальном уровне: более богатые страны (по уровню ВВП на душу населения, например) обычно также более здоровы (например, по уровню продолжительности жизни). На уровне индивида: бедность – самая значимая из детерминант плохого здоровья. Проживание в бедности связано с более высокими нормами употребления наркотиков, более высоким уровнем депрессии, самоубийств и насилия. Увеличение нормы заработной платы увеличивает выгоды, получаемые от здоровья (по уровню увеличения уровня потребительского спроса всех видов) и подразумевает, при прочих равных условиях, более высокий оптимальный уровень здоровья и больших инвестиций в здоровье.

Образование и инвестиции в здоровье

У людей с более высоким уровнем образования значительно выше и уровень здоровья. Это наблюдение можно объяснить и со стороны предложения, и со стороны спроса. С одной стороны, образование – единственный фактор, делающий людей более эффективными при "создании" их собственного здоровья. Более образованные люди знают больше о здоровье, рисках потери здоровья, здоровом образе жизни и эффектах от лекарств. Это понижает стоимость инвестиций в здоровье, и оптимальный уровень здоровья для образованных людей, при прочих равных условиях, будет выше. Образованные люди с большей вероятностью будут любить питательную пищу и делать зарядку; они могут наслаждаться стаканом вина вместо полбутылки водки в день; они скорее будут стремиться лучше выглядеть и чувствовать себя хорошо. Это увеличивает выгодность инвестиций в здоровье, и с этой точки зрения оптимальный уровень здоровья для образованных людей выше. Опытным путем доказано, что спрос здесь трудно отделить от предложения.

Неуверенность, отказ от риска и инвестиции в здоровье

Человек может столкнуться с тремя типами неуверенности в здоровье. Во-первых, есть неуверенность относительно текущего уровня их здоровья. Во вторых, есть неуверенность в норме обесценивания их здоровья. В-третьих, есть неуверенность в эффективности различных ресурсов для улучшения здоровья. В мире, полном неуверенности, люди, не склонные к риску, инвестируют в свое здоровье больше и имеют больший запас здоровья, чем имели бы в мире, где все точно определено. Первый тип неуверенности вызывает спрос на информацию. До некоторой степени неуверенность может быть уменьшена диспансеризацией, но диагностические тесты несовершенны, и врач иногда может быть так же, как и пациент, неуверен в здоровье последнего. Неуверенность, особенно второго типа, также вызывает спрос на страхование от болезней. С тех пор, как существует неуверенность в эффективности различных мер, нацеленных на улучшение здоровья (третий тип неуверенности), человек должен разносторонне развивать свою инвестиционную активность. Например, физическая активность, возможно, не является единственным способом максимизации здоровья человека; также было бы неплохо снизить или прекратить курить, употреблять алкоголь и жирную пищу.

Люди по-разному относятся к неуверенности. Некоторые любят рисковать, некоторые этого не любят, другие относятся к этому нейтрально. Большинство людей, кажется, предпочитают не рисковать, но степень отказа от риска изменяется от человека к человеку, а также и в зависимости от возраста человека. Чем сильнее отвращение человека

к риску, тем меньше он будет принимать участие в действиях, которые могут повредить его здоровью. Нужно отметить, что это здесь имеет значение собственный субъективный риск, или неуверенность, человека. Восприятие рисков может, конечно, быть правильным, даже если они отличаются от объективных рисков, определенных для большой, разнородной по составу группы. Большой объем информации об объективных рисках может изменить поведение человека. Индивид, чувствуя, что он недооценил риск, сократит рисковую деятельность. И наоборот, человек, чувствуя, что он оценил риск слишком высоко, будет увеличивать уровень опасной деятельности.

Предпочтение времени и инвестиции в здоровье

Большинство людей имеют положительную норму предпочтения времени, то есть предпочитают получать выгоды сегодня, а не в будущем, и затрачивать в будущем меньше, чем сегодня. Есть множество причин, почему это так. Человек может иметь очень краткосрочные планы на свою жизнь и жить сегодняшним днем вместо того, чтобы заботиться о будущем. Такой человек может также думать, что не нужно заботиться о будущем слишком сильно, потому что вероятно в будущем он будет более богатым (на это указывает тенденция долгосрочного экономического роста).

Вкладка 2. Образование и здоровье

Люди с более высоким уровнем образования значительно более здоровы, чем те, у кого уровень образования ниже. Почему? Уровень образования влияет на уровень здоровья, или здоровье и образование связаны между собой как-то иначе? Ответ на этот вопрос нужно искать в политике.

С одной стороны, образование может увеличить эффективность человека при улучшении им своего здоровья. Образованным людям нужны ноу-хау, чтобы остаться здоровыми, и они знают, как лучше использовать различные рыночные ресурсы и собственное время, чтобы улучшить свое здоровье. Если это верно, можно ожидать, что уровень образования отца или матери влияет на уровень здоровья их детей.

С другой стороны, взаимосвязь между образованием и здоровьем может быть связана с таким фактором, как времяпрепровождение человека. Поскольку выгоды от образования лежат в будущем, люди вероятно будут инвестировать в образование. Инвестиции в здоровье также имеют отсроченную выгоду, такую, как увеличение продолжительности жизни. Таким образом, люди будут больше инвестировать и в образование, и в здоровье. Также имеет место ситуация, когда образование изменяет стиль времяпрепровождения.

В большинстве эмпирических исследований используется стандартное образование (обучение) и исследуются взаимосвязи между образованием и здоровьем. Есть исследования, поддерживающие гипотезу о том, что обучение непосредственно улучшает здоровье, но здесь существует определенное противоречие. Это будет оставаться областью обширного прикладного экономического исследования здоровья по причине важности для определения целей социальной политики.

Таким образом, политика, которая подчеркивает важность инвестиций в образование, особенно связанных с получением информации о здоровье – с технологиями производства здоровья – вполне может быть уместной, вне зависимости от причинных связей между обучением и здоровьем.

Источники: Berger и Leigh (3), Fuchs (4) и Grossman (5).

Для индивида деньги сегодня стоят дороже, чем в будущем. Люди имеют различное предпочтение во времяпрепровождении; одни больше думают о будущем, чем другие – они имеют более низкие нормы предпочтения времени. Это отражается на решении об инвестировании в здоровье. Чем ниже норма предпочтения времени, тем

меньше будет стоить инвестирование в здоровье и тем больше будет капитал здоровья человека. Таким образом, различные предпочтения времени могут быть причиной для различий в уровне здоровья двух разных людей. Если у двух человек совпадает все, кроме предпочтения времени, человек с более низкой нормой будет иметь лучшее (ожидаемое) здоровье. Он будет участвовать в профилактических кампаниях, избежит опасных работ и рабочих мест, будет искать безопасное место жительства потреблять в ограниченном количестве алкоголь, табак, наркотики и другие товары и услуги, которые могут повредить его здоровью в будущем.

Вопросы для обсуждения

1. “Индивидуальное поведение - одна из детерминант распространенности болезни цены болезни.” Объясните.
2. Каковы главные факторы, которые оказывают влияние на здоровье человека, и до какой степени эти факторы могут контролироваться человеком?
3. Как эти факторы изменяются от человека к человеку и во времени?
4. Каким образом обесценивается здоровье человека?
5. Даже при том, что люди более старшего возраста используют больше услуг здравоохранения, их запас здоровья уменьшается. Почему?
6. “Человек выбирает не только свой уровень здоровья при жизни, но также и ожидаемое время смерти.” Обсудить.
7. Каков эффект риска и неуверенности при индивидуальных инвестициях в здоровье, и до какой степени факторы риска взаимосвязаны?
8. Каково взаимоотношение между образованием и здоровьем, и до какой степени могут быть взаимосвязанными решения об инвестировании в образование и здоровье?
9. Какие факторы определяют различия в здоровье среди людей?
10. Информация о вреде курения увеличивает или уменьшает неравенство в здоровье?

Человек, здоровье и семья

Большинство людей живут в семьях. Уровень здоровья человека в течение жизни значительно зависит от этого фактора. Члены семьи обычно беспокоятся о здоровье своих родственников: сюда относится «посвящение» времени и дохода человеку, чтобы произвести тем самым инвестиции в его здоровье. Таким образом, ограничения времени и денег расширены для людей, которые живут в семьях, по сравнению с теми, кто живет один. Так как в этой области преобладает неуверенность, семья может выступать как одна из форм страхования от болезней. Конфликты между родителями, среди детей и между родителем(ями) и ребенком(детьми), с другой стороны, так же, как и ситуация, в которой родитель(и) отдают предпочтение одному ребенку, вредны, или – по крайней мере – не полезны для здоровья.

Ранние годы жизни

Обычно ребенок растет в семье, которая может иметь различные формы, например, могут быть оба два родителя и родные братья или сестры или только один родитель. В семье ребенок не влияет непосредственно на факторы и решения, определяющие настоящий и будущий уровень своего здоровья. Связанные с семьей факторы жизненно важны для здорового старта. Например, чем выше уровень образования матери, чем лучше ее здоровье и потребляемая пища, чем выше ее доход или богатство, тем больше ее шанс на успешную беременность. Вес ребенка при рождении, который является важным показателем физического и психологического здоровья ребенка, связан с семейным доходом, но также, например, и с курением родителей.

Детство и юность также главным образом проводятся в семье. Позже люди начинают жить самостоятельно, по крайней мере в течение некоторого времени – до тех

пор, пока они сами не создадут свою семью. Это – периоды интеллектуального и физического развития человека, в течение которых закладываются социальные навыки поведения и здоровье на всю жизнь. Молодые люди сами решают, как они будут себя вести. Подобные решения прямо или косвенно затрагивают их здоровье. И на принятие подобных решений в большой степени влияют семьи. Психологическое здоровье подростков тесно связано с тем, заботится ли о них семья. Семьи с более высоким уровнем образования и более высокими доходами зачастую лучше информированы и о положительном и о вредном для здоровья поведении и о факторах, которые влияют на настоящее и будущее здоровье. Семейные привычки и отношения являются ключевыми при формировании здорового (как, впрочем, и нездорового) образа жизни: при выборе еды, уровня физической активности, отношении к курению, алкоголю и наркотикам. Кроме того, материальные и культурные ресурсы семьи имеют огромное влияние на то, как ребенок будет учиться. Дети, которые получают более высокое образование, имеют намного больше возможностей улучшить свое здоровье, так же как и род деятельности, и доход.

Взрослая жизнь

Уровень здоровья человека в начале взрослой жизни частично определяется решением об инвестировании в здоровье, принимаемыми им самим или его родителями. Так называемый «семейный фон», вероятно, будет влиять и на его предпочтение здорового или нездорового образа жизни. Распределение времени и денег для инвестиций в здоровье в пределах семьи (с детьми или без них) также затрагивает взрослых людей. Брак означает объединение ресурсов и знаний и вместе с тем специализацию согласно сравнительным преимуществам. Это увеличивает возможности потребления по сравнению с проживанием отдельно и стимулирует к инвестированию в здоровье. Таким образом, здоровье состоящего в браке человека будет лучше, чем у того, кто в браке не состоит. Распределение здоровья может не быть равным по целому ряду причин.

Самая важная причина специализации – наличие детей. Как правило, специализация означает, что жена занимается домашним хозяйством и, следовательно, инвестирует в человеческий капитал, связанный с ведением домашнего хозяйства, в то время как муж инвестирует в человеческий капитал, связанный с рынком. Это увеличивает норму заработной платы мужа и в результате заинтересованность семьи в инвестировании в его здоровье. В целом, стимулы для того, чтобы инвестировать в здоровье другого супруга, возможно, не достаточно эффективным, так как человеческий капитал не может быть частью того, что обычно делится в случае развода или составляет основания для алиментов.

Развод вреден и для здоровья детей, и для здоровья взрослых людей. Однако, то, как рассматривается развод с точки зрения законодательства, затрагивает распределение капитала здоровья не только среди разведенных родителей и их детей, но также и в браке. Таким образом, если государственное регулирование не стимулирует инвестирование в здоровье детей, живущих с разведенными родителями, это может привести к ситуации, в которой здоровье детей, родители которых не разведены, также может ухудшаться. В большинстве стран в течение последних десятилетий процент разводов увеличивается, и эта ситуация становится все более и более важной – также и с точки зрения здоровья – для анализа деятельности институтов, регулирующих развод.

Старение

В определенный момент времени дети создают свои семьи, и родители снова остаются вдвоем. Во многих случаях это означает совместное старение, но с связи с увеличением числа разводов много стариков доживают в одиночку. В конечном счете, даже женатые пожилые люди могут остаться одни. Дети и друзья частично компенсируют потерю супруга, но, как и развод, вдовство – негативный для здоровья фактор. Другие

основные угрозы здоровью пожилых людей – слабоумие, депрессия и самоубийство, раковые заболевания, сердечно-сосудистые болезни, остеопороз и пр.

С другой стороны, многие пожилые люди остаются активными и полностью независимыми практически до конца своих дней. Для пожилых людей существует множество возможностей для того, чтобы оставаться активными и заинтересованными жизнью. Уровень образования постепенно повышается и у пожилых появляется возможность продолжить свое образование. В Швеции и других странах пожилые люди создают политические группы давления с целью высказать свои требования относительно развития социальной политики и услуг здравоохранения. Однако, на сегодняшний день делается недостаточно для того, чтобы удовлетворить изменяющиеся потребности и ожидания пожилых людей и подготовиться к старению нации в странах Европы.

Человеческое здоровье как объект потребления тесно связано с пожилыми людьми (с точки зрения социального единства всего общества и личного потребления человека). Человеческое здоровье как объект инвестиций перестает быть уместным с момента выхода пожилых на пенсию. Однако, некоторая уместность сохраняется, например, с точки зрения добровольных или других вкладов, а также в ситуации, когда забота о пожилых снижается для того, чтобы стимулировать их активность, например, когда они еще работают или растят детей.

Пожилые люди - ресурс для своих семей и общества в целом. Они могут сделать важный вклад в качество жизни, здоровье и благосостояние семьи. Их опыт и накопленная мудрость – значимые активы при воспитании детей и для других взрослых членов семьи. Эффективное использование этого капитала приносит пользу обществу и по выходу пожилых людей на пенсию.

Вопросы для обсуждения

1. Какова взаимосвязь между здоровьем человека и его семейными обстоятельствами?
2. В какой степени они отличаются в зависимости от рода и возраста?
3. В какой степени взаимосвязаны факторы, определяющие здоровье в семье?
4. До какой степени эти факторы контролируются человеком?

Человек и здоровье в более широком социальном контексте

Человек является частью более широкого социального контекста. Он или она обычно имеет родственников и друзей, знаком с множеством других людей и принимает участие в различных действиях. Человек может учиться в школе, быть студентом университета, работать или быть безработным. Социальные сети и отношение к школе или работе – факторы, которые прямо или косвенно влияют на уровень здоровья человека в течение жизни. Так что необходимо создавать адекватную физическую и социальную окружающую среду, в которой живет человек.

Социальная сеть

Имеется достаточное количество эмпирических свидетельств того, что принадлежность человека к той или иной социальной сети является выгодным для его здоровья. Существование сети может быть рассмотрено как расширение спектра ресурсов и знаний человека и, следовательно, может ослабить напряженность в критические периоды жизни, такие, как, например, отъезд из дома, неуверенность в работе, начало хронической болезни или потеря супруга либо близкого друга. Социальная сеть также может в некоторой степени регулировать и управлять поведением, связанным со здоровьем: питание, употребление алкоголя, курение, привычки. (Этот вид влияния на индивидуальное поведение в соответствии с социально приемлемой нормой в пределах сети, не обязательно оказывает позитивное влияние. В некоторых случаях воздействие может быть вредным для здоровья.)

В определенной степени выгоды для здоровья, получаемые от социальной сети, являются своего рода премией для человека, который любит хорошую компанию, любит принимать участие в спортивных или культурных мероприятиях или является активным членом религиозной организации. В таком случае инвестиции в социальную сеть чаще всего могут быть сделаны не ради улучшения здоровья, а по другим причинам. Как бы то ни было, инвестиции всегда имеют свою цену. Участие в различных мероприятиях отнимает время, а иногда и деньги. Чтобы получить необходимую помощь от сети, в которой Вы находитесь, Вы должны быть готовы сотрудничать непосредственно с членами Вашей сети, поскольку Вы надеетесь, что в свое время они будут сотрудничать с Вами.

Вкладка 3. Социальный капитал и здоровье

Социальное взаимодействие - в различных формах и степенях - является обычным для всех экономических агентов. Социальное взаимодействие выгодно, по крайней мере, по двум причинам. Во-первых, оно вносит свой вклад в полезность тех, кто участвует в этом⁶. Во-вторых, социальное взаимодействие может улучшить распределение ресурсов посредством улучшения распределения информации, координации действий и коллективного принятия решений. Социальный капитал включает в себя все сети, нормы, структуры и учреждения, которые облегчают социальное взаимодействие в обществе.

Есть достаточное количество эмпирических свидетельств того, что принадлежность к определенной социальной сети выгодна для здоровья. Существование сети может быть рассмотрено как расширение спектра ресурсов и знаний человека и, следовательно, может ослабить напряженность в критические периоды жизни, такие, как, например, отъезд из дома, неуверенность в работе, начало хронической болезни или потеря супруга либо близкого друга. Социальная сеть также может в некоторой степени регулировать и управлять поведением, связанным со здоровьем.

Общества, связанные социальными сетями – это общества с хорошо функционирующими учреждениями и развитыми гражданскими сообществами. Нехватка социального единства, иллюстрируемая такими индикаторами, как неравенство в доходах и безработица, может иметь существенные отрицательные последствия для здоровья. Уже давно известно, что между безработицей и уровнем здоровья существует обратно пропорциональная зависимость. Кроме того, недавние исследования показали, что не только абсолютный уровень дохода, но также и относительное распределение дохода в пределах общества является важной детерминантой здоровья. То, что неравенство само по себе - опасность для здоровья, стало известным благодаря гипотезе (б), выдвинутой Уиллкинсоном (1996). Пока, однако, исследования приводят лишь противоречивые эмпирические доказательства гипотезы Уиллкинсона. Таким образом, эта проблема будет решена только в будущем.

Различия в выгодах и затратах могут дать понять, почему различаются инвестиции, которые люди делают в социальные сети. Например, замужняя женщина моложе; риск смерти у нее ниже, чем у ее мужа. Таким образом, у нее больше шансов овдоветь, чем у ее мужа. Вдовой она проживет дольше, чем ее муж в случае, если бы вдовцом остался он. Но у мужчины в таком случае гораздо больше перспектива повторного брака. Таким образом, женщина должна подготовить себя к жизни в одиночестве в качестве вдовы и вкладывать время и деньги в те действия, которые, среди прочего, привлекают инвестиции в ее социальную сеть. Мужчина же в таком случае вкладывал бы капитал в меньшей степени в сохранение капитала социальной сети и в большей степени в те товары и услуги, которые он предпочитает. Таким образом, мужчина получает больше выгоды от замужества, чем

⁶ Источники: Deaton (7), Grootaert (8), Kahn и другие (9), Lavis и Stoddart (10).

женщина. Но, с другой стороны, он менее готов к жизни в одиночестве в качестве вдовца. Смертность у овдовевших мужчин гораздо выше, чем у женщин-вдов.

Работа

Большинство взрослых работоспособного возраста тратит примерно треть дня на работе, и место работы имеет огромное воздействие на уровень их здоровья. С одной стороны, опасные для здоровья условия производства включают, среди прочего, несчастные случаи, шумовые и химические опасности, эргономические проблемы и психическое напряжение. Кроме того, психосоциальная окружающая рабочая среда может быть связана с такими факторами, влияющими на здоровье, как заболевания сердца или психическое расстройство, которые не подпадают под сферу действия места работы. С другой стороны, на работе могут осуществляться акции в поддержку здоровья работников, как контроль над курением и физические упражнения на рабочем месте. Это - также элемент построения социальной сети.

Большинство работодателей заинтересованы в том, чтобы инвестировать в здоровье своих служащих (в различной степени); это является отражением того факта, что в случае болезни работника работодатель несет финансовые потери. Эти потери возникнут, поскольку невозможно точно предвидеть, когда кто - то заболеет, что подразумевает, что служащий может быть заменен только по своей стоимости. Стоимость замены, включая стоимость обучения, высока в отраслях промышленности, которые нанимают высоко квалифицированных служащих с узкой специализацией. Она также зависит от фазы делового цикла: чем ниже уровень безработицы, тем тяжелее будет найти работников на замену.

Акции по поддержке здоровья могут уменьшить затраты работодателя, связанные со здоровьем работников, такие, как страхование болезней, компенсации работникам, их недееспособность, абсентеизм и снижение производительности труда. Степень инвестирования работодателем в здоровье своих работников зависит от регулирования окружающей среды, различающегося от страны к стране. В Швеции, например, закон обязывает предпринимателей платить служащим денежную компенсацию в течение первых 14 дней их абсентеизма; после этого ответственность переходит на органы социального страхования. Существуют предложения по увеличению периода, в течение которого работодатель должен платить компенсацию, увеличивая таким образом стимулы предпринимателей для инвестирования в здоровье своих работников. Бесплатных инвестиций не существует, и чем выше риск, что служащий уйдет на другое место работы, тем ниже будет отдача от инвестиций в здоровье для работодателя.

Физическая окружающая среда

Здоровье человека зависит от пригодности и качества пищи, воды, воздуха и жилища. Сельскохозяйственные продукты - предпосылка для здоровья и благосостояния, но развитие коровой губковидной энцефалопатии (КГЭ), например, показало, что безопасность пищевых продуктов также важна для здоровья. Микробное загрязнение питьевой воды вызывает вспышки острой желудочно-кишечной болезни. Вода может также быть серьезно загрязнена отходами. Широко распространенное в сельских районах использование пестицидов и нитратов в сельском хозяйстве загрязнило грунтовую воду. Нехватка воды - основная проблема во многих странах. Загрязнение воздуха приводит к легочным заболеваниям, болезням дыхательных путей и даже смерти по этой причине. Аллергии, вызванные загрязнением воздуха, - также большая опасность для здоровья. Проблема бездомных и неподобающие жилища (недостаточная очистка воды, почвы, дефекты конструкции зданий, некачественные строительные материалы) провоцируют основные проблемы, связанные со здоровьем.

Дешевый и достаточный по количеству транспорт облегчает не только возможность людей встречаться с другими людьми и узнавать другие культуры, но и возможность экспортируемых товаров удовлетворять потребности людей в других странах. Также это огромный плюс, если речь идет о быстрой доставке человека в больницу в случае критического состояния здоровья. Но в то же самое время, транспорт может быть и проблемой для здоровья. Выброс углекислого газа (выхлопные газы) – проблема для здоровья, как, например, шум. Кроме того, аварии дорожного транспорта приводят к иногда к тяжелым телесным повреждениям.

По сути, воздействие экологии на здоровье человека неизбежно. Иногда это воздействие можно преодолеть, но цена этого довольно высока. Конечно, человек может переехать в другую географическую область – хотя это привело бы к необходимости покинуть уже имеющуюся социальную сеть – но только если человек и его семья могут себе позволить это и смогут найти на новом месте жительства себе работу, жилье и т.д. Кроме того, отрицательные внешние эффекты от дорожного транспорта могут быть уменьшены за счет снижения числа поездок в этом транспорте. В целом, однако, улучшение физической окружающей среды требует коллективных действий.

Здравоохранение

Здравоохранения, конечно, является ключевой детерминантой здоровья человека, особенно если он болен и нуждается в лечении, а не в превентивных мерах или мерах по продвижению здоровья. Эффективное использование существующих медицинских технологий важно для оптимального вклада в здоровье человека. Важность хорошо функционирующих отношений между работниками сферы здравоохранения и пользователями (включая пациентов, неоплачиваемых сиделок и волонтеров) для усовершенствования здоровья должна быть рассмотрена в контексте этого модуля. Работники сферы здравоохранения - главный ресурс системы здравоохранения, важнее всех других ресурсов. Образование, тренинги и опыт поставщиков товаров и услуг здравоохранения – основные факторы, лежащие в основе процессов, обеспечивающих здравоохранение, и в основе фактических достигнутых результатов. Человеческий капитал поставщиков товаров и услуг сферы здравоохранения - предпосылка для здоровья людей в обществе.

Мультисекторальная ответственность за здоровье

Здоровье человека зависит от наследственности, физической и социальной окружающей среды, возможности сделать правильный выбор и от случайности. Понятно, что действия, осуществляемые непосредственно сектором здравоохранения, не являются единственными факторами, которые влияют на здоровье. Можно продвигать здоровый образ жизни и создавать здоровую окружающую среду при условии, что задействовано большое количество секторов экономики. Эффективный подход к развитию системы здравоохранения требует, чтобы все сектора признали выгоды продвижения здоровья и взяли на себя ответственность за последствия своих действий для здоровья людей.

Вкладка 4. Вклад в здоровье сектора здравоохранения и других секторов

Если основная цель состоит в том, чтобы максимизировать здоровье нации как совокупность здоровья всех жителей. Каков же должен вклад каждого сектора экономики для достижения этой цели? Пока ответа на этот вопрос нет. Кроме того, в разных странах существуют разные экономические, социальные и политические условия, и конкретного ответа на поставленный вопрос нет даже для отдельной страны. Однако, даже при том, что не существует фундаментальных исследований по данной теме, вклад в решение вопроса, сделанный Аустером и др. (11) может помочь проиллюстрировать некоторые важные проблемы. Эти авторы использовали в качестве объекта исследования США,

оценивая уровень смертности по возрасту и полу, а также другим факторам, таким, как уровень образования, потребление табачных изделий, уровень медицинских услуг.

Сначала, эластичность медицинских расходов услуг была незначительна – приблизительно -0.1. Это означает, что увеличение на 1 % расходов на медицинские услуги уменьшил бы уровень смертности на 0.1 %. Так как коэффициент не имеет статистической важности, нельзя исключать, что эффект от увеличения расходов на медицинские услуги будет нулевым. Во-вторых, эластичность образования несколько больше – -0.2 и уже является статистически существенной. Принимая во внимание затраты на повышение уровня образования, предельная передача ресурсов из сектора медицинских услуг в сектор образования была бы целесообразна для того, чтобы улучшить здоровье населения с точки зрения снижения уровня смертности. В-третьих, на повышение уровня смертности влияет и процент потребления табачных изделий на душу населения. Нужно принимать во внимание тот факт, что изменить образ жизни гораздо легче, чем повысить уровень медицинских услуг.

Вышеприведенную информацию можно как иллюстративный пример, а не как рекомендацию к действию для политиков разных стран. Наблюдениям, на которых базировалось это исследование, уже 40 лет, с тех пор много изменились, включая уровень развития медицинского обслуживания и использование высоких технологий. Более свежие исследования – см.: Вольф (12) и Cremieux (13).

Источник: Аустер и др. (11).

Вопросы для обсуждения

1. Когда социальная сеть выгодна для здоровья человека? Когда это вредно?
2. Почему люди осуществляют разный объем инвестиций в социальные сети?
3. Что подразумевается под социальным капиталом? Каким образом это может быть выгодно для здоровья человека?
4. Какие факторы определяют отдачу для работодателя от здоровья его работников?
5. Каковы роли человека, других членов семьи, работодателя, системы здравоохранения и общества в целом в определении здоровья индивида? Каково влияние различных лиц, принимающих решение на государственном уровне, на приток инвестиций в здоровье человека в Вашей стране?
6. Почему может утверждаться, что усовершенствования физической окружающей среды требуют большего количества коллективных действий чем усовершенствования большинства других областей, затрагивающих здоровье?

Индивидуальное здоровье, общественная политика и здоровье населения

Цели политики относительно здоровья населения

Здоровье нации (здоровье населения) зависит от здоровья отдельных жителей. Существует два аспекта, которые отражены в целях Стратегии здоровья для всех ВОЗ: (i), улучшение здоровья всех людей и (ii) уменьшение несправедливости в здоровье среди людей (и стран). Эта стратегия может быть реализована в различных формах с доминированием той или иной цели – это зависит от конкретной страны, конкретных культурных ценностей и экономических условий. В одной ситуации может быть целесообразным сделать единственной целью равенство здоровья граждан. Не противоречивым для такой ситуации является ухудшение здоровья граждан. Такая политика может создать огромные препятствия для инвестирования в здоровье даже для людей, обладающих определенными преимуществами. Другая противоположность – игнорирование несправедливости и распределение товаров и услуг здравоохранения равномерно вне зависимости от нужд конкретных получателей. В большинстве европейских стран (иногда менее, иногда более явно) обычно реализуется политика

сочетания этих двух целей. Ни одно из правительств не станет, на наш взгляд, утверждать, что сокращение разрывов в здоровье между гражданами должно быть достигнуто за счет ухудшения их здоровья.

Показатели индивидуального здоровья

Чтобы осуществлять и иметь возможность оценить вышеупомянутые цели политики, необходимы доступные и относительно недорогие показатели индивидуального здоровья (и изменений индивидуального здоровья). Также должно быть возможно объединить эти показатели индивидуального здоровья (и изменений в здоровье), устанавливая разную значимость (вес) для людей с лучшим и худшим здоровьем. Изначально агрегированные показатели здоровья населения, такие, как показатели смертности или продолжительности жизни, размеры которых в настоящее время известны по всем странам, могут использоваться (по крайней мере в некоторых случаях) в ситуациях, когда не учитывается распределение здоровья. Для отдельного человека, смертность по всему населению не имеет значимости, так как его личная вероятность смерти равняется единице. Чуть более важны показатели смертности по группам людей, которые отличаются от среднестатистического числа. Исключение составляет показатель детской смертности, так как на этом периоде жизни еще не сформированы некоторые особенности человека, приводящие к некоторой однородности показателя смертности. Однако, даже в случае с детской смертностью мы имеем довольно необычную ситуацию, поскольку информация о здоровье с точки зрения продолжительности и качества жизни довольно ограничена. И все же показатели смертности часто используются при проведении эмпирических исследований, поскольку их можно легко найти в официальной статистике и их можно сравнить по регионам и странам. Продолжительность жизни – лучший показатель, особенно в момент рождения. Качественно выраженная продолжительность жизни (так же как сокращение или увеличение качественно выраженных годов жизни) – еще лучший показатель, подходящий для всех возрастных групп.

Это важный момент для политиков и чиновников, которые должны принимать решения об относительной важности этих двух целей в конкретных ситуациях. Так как политика в большинстве случаев затрагивает эти цели по-разному, те меры, которые должны быть предприняты, зависят от акцента, сделанного на той или иной цели. Результат будет зависеть от ситуации в конкретной стране, от ее истории, уровня экономического и социального развития, распределения дохода, богатства и других ресурсов, влияющих на здоровье.

В мире имеет место недостаточность ресурсов, и ни одна политика не может реализовываться без затрат. Нам кажется разумным, что надо выбирать ту политику, которая максимизирует национальные цели здоровья в пределах определенного и ограниченного бюджета.

Здоровье населения и политика, направленная на повышение экономического роста

Развитые общества зачастую более здоровы с точки зрения ожидаемой продолжительности жизни. Например, более богатые страны могут позволить себе улучшать окружающую среду. Таким образом, для здоровья нации важен экономический рост и, в конечном счете, политика, направленная на улучшение условий для экономического роста, жизненно важна для успеха мероприятий политики здоровья. Экономический рост означает, что есть возможность распределить среди населения большее количество товаров и услуг. Можно увеличить уровень дохода для наименее обеспеченных, сохранить занятость на высоком уровне, ослабить напряженные

отношения в финансовой сфере здравоохранения, улучшить условия размещения и т.д. Без экономического роста возможностей улучшить здоровье намного меньше. С другой стороны, экономический рост, или условия, которые стимулируют рост, может также создавать проблемы для здоровья. Кроме того, здоровье людей само по себе является фактором, влияющим на производительность и экономический рост. Таким образом, самой успешной политикой была бы та, которая путем интеграции учитывает экономический рост, человеческое развитие и здоровье. Однако, экономический рост – это предпосылка для того, чтобы расширить возможности в других областях, не связанных непосредственно со здоровьем. Так как взаимосвязи между экономическим ростом, окружающей средой, здравоохранением и здоровьем исследовались в первой главе этих учебных материалов, здесь акцент делается на потенциале прямых политических мерах в части здоровья населения.

Политика в сфере здоровья населения

Различные страны делают разные акценты на индивидуальной или – наоборот – коллективной ответственности для продвижения здоровья населения. Одна крайность – полное сосредоточение на обществе индивида, в котором только важно лишь благосостояние человека не имеет значения распределение здоровья. Другая противоположность – полностью коллективное общество, которое имеет патерналистские представления об индивидуальном здоровье и распределении здоровья среди людей. Исторические обстоятельства и ценности, имеющие место в определенном обществе, уровень его экономического и социального развития и распределения дохода, уровень богатства и других возможностей жизни - существенные элементы баланса между индивидуальным и коллективным подходами.

В обществе, где реализуется коллективный подход, политика будет влиять на здоровье людей и/или распределение здоровья среди них путем принятия правительственных решений.

- Товары и услуги, облагаемые налогом и являющиеся вредными для здоровья, например, табак и алкоголь. Даже при том, что эти вещества вызывают привыкание, люди – даже постоянные потребители – реагируют на изменение цен на эти товары. Ценовая эластичность спроса на ликер наибольшая среди алкогольных напитков (около (-) 1), в то время как ценовые эластичности спроса на вино и пиво значительно ниже, но не равны 0. Так как различия в уровне цен могут исказить конкуренцию и провоцировать приобретение товаров за рубежом, такая политика часто стимулирует координацию взаимодействия между странами.

- Субсидирование некоторых товаров и услуг, оказывающих положительное влияние на здоровье, или предоставление их бесплатно для людей, находящихся в менее выгодном по сравнению с другими положении, особенно в тех областях, где это неравенство наблюдается всегда или нарастает.

- Регулирование деятельности частного сектора с точки зрения ограничения одних действий и поощрения других, например, стимулирования создания безопасных дорог.

- Прямое государственное обеспечение товарами и услуги, включая информацию о здоровом образе жизни и рисках для здоровья.

Кроме того, как было установлено ВОЗ, правительства всех стран должны публиковать отчеты о здоровье населения. Они обязаны производить общественные блага и действовать с учетом интересов мирового сообщества. Они обладают законодательной и регулятивной властью и распространяют на всю страну и между различными секторами экономики. Также правительства играют определенную роль в продвижении здоровья в обществе, включая:

- Работу по созданию связей в пределах общественного сектора между администрацией на местах и различными департаментами правительства. Потенциальный вклад правительства в улучшение здоровье может быть качественным только в том

случае, если все департаменты правительства будут иметь желание и возможность координировать свою деятельность. Также должно иметь место взаимодействие между секторами посредством различных агентств, а не только министерств здравоохранения.

- Использование ресурсов, необходимых для снижения неравенства в здоровье. Повлиять на распределение здоровья в обществе может не только неравенство дохода или благосостояния, но и различия в безопасности, власти и силе.

- Сбор информации о здоровье и последующее ее использование для будущего планирования. Рутинный мониторинг дает ощутимые результаты в сфере улучшения здоровья населения. Он также позволяет людям, занимающимся планированием, и высшим чиновникам анализировать существующую ситуацию выявлять вероятные тенденции и направления действий.

- Работу с другими секторами, включая добровольные организации и различные.
- Управление кампаниями и программами, которые продвигают здоровье и нуждаются в добровольной поддержке и согласии организаций и людей на их осуществление.

- Законодательную и регулятивную функции. По мнению ВОЗ, эти меры не должны быть основными при осуществлении программ здоровья населения и здоровья для всех. Конечно, правительства хотели бы видеть большее высокое проявление участия в проблемах здоровья со стороны частных компаний. Защита, убеждение, определенное давление и использование финансовых стимулов, вероятно, будут более эффективными способами получения поддержки. Если частные компании не заинтересованы в участии в добровольных схемах, правительствам необходимо рассматривать меры законодательной и регулятивной политики в сочетании с политикой защиты окружающей среды, профессиональным здоровьем и требованиями безопасности, обеспечением информацией о здоровье для облегчения выбора потребителя, и т.д.

- Деятельность в качестве главного предпринимателя и значимого экономического игрока.

Оптимальное сочетание мер политики, направленной на улучшение здоровья населения

Как было подчеркнуто выше, баланс между названными мерами отличается по странам в зависимости от различий в истории и ценностях, в их экономическом и социальном развитии, распределении дохода, богатства и других условий жизни. Однако, все возможные варианты имеют свои результаты, достигнутые разной ценой. Таким образом, важна роль экономической оценки доступных вариантов для нахождения самого рентабельного способа использования ограниченных ресурсов с целью максимизации здоровья населения. Модуль Майклом Драммондом (5.3.1) рассказывает о методике экономических оценок программ здоровья. Экономический анализ может помочь в установлении приоритетов в сокращении рисков и поощрении здоровья. Он также предоставляет определенную информацию для выбора относительно оптимального варианта политики, направленной на улучшение здоровья населения, из всех возможных вариантов.

Вопросы для обсуждения

1. Существует ли связь между различными подходами? Можно ли их объединить? Если да, то как обстоит дело в Вашей стране? В противном случае, каким образом реализуется политика?

2. Как можно измерить здоровье индивида в точки зрения рутинных целей?

3. Как Вы относитесь к мнению о том, что "Образ жизни – главная и статистически важная детерминанта здоровья индивида, но изменение образа жизни является не самым дешевым способом улучшить здоровье населения". Пробуйте объяснить, когда это мнение может быть верно. Верно ли оно в реальной жизни? Принимая во внимание образ

жизни, как должна быть разработана правительственная политика по улучшению здоровья населения?

4. Какие меры политики, направленной на улучшение здоровья населения, вносят свой вклад в усовершенствование здоровья отдельных людей и здоровья населения в целом? В какой степени эти цели являются дополняющими к основным и в какой степени они конкурентоспособны?

5. Какую пользу может принести экономическая оценка программ здоровья при выборе из возможных вариантов политики по улучшению здоровья?

Упражнения

Баланс между индивидуальными и коллективными действиями (ролевая игра)

Нахождение баланса между индивидуальными и коллективными действиями для улучшения здоровья – важный аспект данного модуля. Коллективы взаимодействуют с широким спектром социальных групп и организаций. Степень и приоритеты их интересов в сохранении или восстановлении здоровья варьируются так же, как и их возможности. Баланс между индивидуальным и коллективным участием изменяется в зависимости от конкретных условий и конкретного общества в зависимости от ценностей, различия в которых играют существенную роль. По сравнению с другими товарами и услугами, здравоохранение, например, имеет тенденцию делать акцент на коллективном действии, и это очевидно при рассмотрении вопроса о его финансировании. Индивидуальные подходы имеют свои преимущества и недостатки, например, большую свободу выбора и более высокую степень гибкости организации, но могут поставить некоторых людей или группы людей в уязвимое положение. Коллективные подходы также имеют преимущества и недостатки, как возможности для более широкого доступа населения к услугам и товарам и большей справедливости их распределения, но могут стать громоздкими: администрация больших систем может бюрократизироваться, пользовательские предпочтения могут игнорироваться, и социальные проблемы могут стать медицинскими. Исторические традиции, социальные ожидания, уровень экономического развития и распределения ресурсов также влияют на различия между отдельными странами и ситуациями.

Обсудите (предпочтительно через ролевую игру с участниками из различных групп), например, ситуацию в городе с низкими показателями здоровья и подготовьте предложения по улучшению ситуации. Участники должны учесть возможные противоречия и злоупотребления служебным положением экономических актеров, ценности, которые имеют место быть, исторические и идеологические факторы.

Литература

1. FISHER, I. Природа капитала и дохода. Лондон, типография MacMillan, 1906.
2. LINDGREN, B. Экономическое значение заболеваний опорно-двигательной системы. *Acta orthopaedica Scandinavica*, 69 (доп. No. 281): 58–60 (1998).
3. BERGER, M.C. & LEIGH, J.P. Обучение в школе, самоопределение и здоровье. *Journal of human resources*, 24: 433–455 (1989).
4. FUCHS, V.R., ED. Экономические аспекты здоровья. Чикаго, типография Университета Чикаго, 1982.
5. GROSSMAN, M. Соотношение между здоровьем и обучением в школе. В: Terleckyj, N.E., ed. Производство и потребление в рамках домохозяйства. Нью-Йорк, Издательство Колумбия для Национального Бюро Экономических Исследований, 1975.
6. WILKINSON, R.G. Нездоровое общество: влияние несправедливости. Лондон, издательство Routledge, 1996.
7. DEATON, A. Относительное лишение, неравенство и смертность. Кембридж, MA, Национальное Бюро Экономических Исследований, 2001 (NBER Working Paper 8099).

8. GROOTAERT, C. Социальный капитал: потерянная связь? Washington DC, World Bank, 1998 (Social Capital Initiative Working Paper No. 3).
9. KAHN, R.S. ET AL. Неравенство государственного дохода, доход домохозяйств и психическое и физическое здоровье. *British medical journal*, 321: 1311–1315 (2000).
10. LAVIS, J.N. & STODDART, G.L. Социальная относительность и здоровье. Hamilton, Канада, Центр Университета МакМастера по Анализу Экономики и Политики в сфере Здравоохранения, 1999 (Working Paper 99-09).
11. AUSTER, R. ET AL. Производство здоровья: исследование. *Journal of human resources*, 4: 411–436 (1969).
12. WOLFE, B.L. Статус здоровья и расходы на медицину: есть ли связь? *Social science and medicine*, 22: 993–999 (1986).
13. CREMIEUX, P.Y. ET AL. Затраты на здоровье как детерминанта расходов на здравоохранение. *Health economics*, 8(7): 627–639 (1999).

Дополнительная литература

- ARROW, K.J. Неуверенность и экономика благосостояния с точки зрения оказания медицинских услуг. *American economic review*, 53: 941–973 (1963).
- BARKER, D.J.P., под ред. Болезни взрослых закладываются при рождении и в детстве. London, British Medical Journal Publishing Group, 1992.
- BARKER, D.J.P. Материнство и детство: болезни во взрослой жизни. London, British Medical Journal Publishing Group, 1994.
- BECKER, G.S., LEWIS, H.G. Связь между количеством детей и качеством их здоровья. *Journal of political economy*, 81(2): 279–288 (1973).
- BERGSTROM, T. Обзор теорий семьи. В: Rosenzweig, M.R. & Stark, O., ed. *Handbook of population and family economics*. Amsterdam, North-Holland, 1997.
- BOLIN, K. и др. Семья как производитель здоровья. *Journal of health economics*, 20: 349–362 (2001).
- BOLIN, K. и др. Семья как производитель здоровья. Lund, Lund University Centre for Health Economics, 2000 (Lund Economic Studies 31).
- BOLIN, K. и др. Инвестиции в социальный капитал. Влияние социальных взаимодействий на производство здоровья. Lund, Lund University Centre for Health Economics, 2001 (Lund Economic Studies 37).
- CASE, A., PAXSON, C. Матери и др.: кто инвестирует в здоровье ребенка? Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2000 (NBER Working Paper 7691).
- CHATTERJI, P., MARKOWITZ, S. Влияние употребления матерью алкоголя и наркотиков на здоровье и поведение ребенка. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, May 2000 (NBER Working Paper 7692).
- CURRIE, J., GRUBER, J. Страхование здоровья, использование медицинских услуг и здоровье ребенка. *Quarterly journal of economics*, 111(2): 431–466 (1996).
- DELANEY, S.E. Развод и отношение к этому ребенка. *Pediatric nursing*, 21: 434–437 (1995).
- DOWIE, J. Портфолио-подход к здоровью. *Social science & medicine*, 9: 619–631 (1974).
- Экономические перспективы окружающей среды и здоровья. Третья Министерская конференция по Экологии и Здоровью, London, 16–18 June 1999. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.
- EVANS, R.G. и др., под ред. Почему одни люди здоровее других? Детерминанты здоровья населения. New York, Aldine de Gruyter, 1994.
- FUCHS, V.R. Кто будет жить? Здоровье, экономика и социальный выбор. Expanded edition. River Edge, NJ, World Scientific, 1998.
- GEORGE, V., WILDING, P. Идеология и социальное благосостояние. London and Boston, Routledge and Kegan Paul, 1985.

- GROSSMAN, M. О концепции здоровья и спроса на него. *Journal of political economy*, 80(2): 223–255 (1972).
- GROSSMAN, M. Модель человеческого капитала с точки зрения спроса на здоровье. В: Culyer, A.J. & Newhouse, J.P., под ред. Книга по экономике здравоохранения. Amsterdam, Elsevier, 2000, с. 347–408.
- JACOBSON, L. Семья как производитель здоровья – модель Гроссмана. *Journal of health economics*, 19(5): 611–637 (2000).
- KENKEL, D.S. Превентивные меры. В: Culyer, A.J., Newhouse, J.P., под ред. Книга по экономике здравоохранения. Amsterdam, Elsevier, 2000, pp. 1675–1720.
- KENKEL, D.S., SUPINA, D. Детерминанты продвижения здоровья на работе. *Economics letters*, 40: 345–351 (1992).
- KINDIG, D.A. стремление к улучшению здоровья населения. Плата за результат. Ann Arbor, The University of Michigan Press, 1997.
- MACHNES, Y. Здоровье и аллокация общественных расходов. *Health policy*, 16(1): 27–31 (1990).
- MANSKI, C.F. Экономический анализ социальных взаимодействий. *Journal of economic perspectives*, 14: 115–136 (2000).
- MUURINEN, J.M., LEGRAND, J. Экономический анализ неравенства в здоровье. *Social science & medicine*, 20: 1029–1035 (1985).
- WILLIAMS, A. & COOKSON, R. Равенство в здоровье. В: Culyer A.J. & Newhouse, J.P., под ред. Книга по экономике здравоохранения. Amsterdam, Elsevier, 2000, pp. 1863–1910.
- WOLFE, B. & GABAY, M. Статус здоровья и расходы на медицину: очевидная связь. *Social science and medicine*, 25(8): 883–888 (1987).
- ZÖLLNER, H. & LESSOF, S. Здоровье населения. Приведение концепций в действие. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.

ГЛАВА III. ЭКОНОМИКА РАЗВИТИЯ СИСТЕМ ЗДОРОВЬЯ

3.1 Введение

3.2 Критерии

3.2.1 Справедливость системы здравоохранения

3.2.2 Эффективность здравоохранения

3.3 Всеобъемлющая реформа

3.3.1 Расходы, доходы, структура доходов

3.3.2 Развитие подходов к реформированию системы здравоохранения

3.3.3 Переходные экономики

3.4 Основные специфические проблемы

3.4.1 Значение финансовых систем

3.4.2 Приватизация - краткий обзор проблем

3.4.3 Оценка стратегий приватизации в Центральной азиатской республике

3.1. ВВЕДЕНИЕ

Глава 3 учебных материалов посвящена развитию систем здравоохранения, особое внимание уделяется Европейскому региону ВОЗ и областям, где модули, как нам кажется, будут наиболее полезными. Модули затрагивают различные аспекты знаний об экономическом подходе, которых часто недостает у потенциальных пользователей учебных материалов. Например, они могут испытывать недостаток в элементарных знаниях о критериях, которые применяются экономистами при оценке существующих мер или при внесении предложений о различных изменениях; о том, как экономические знания могут быть использованы при определенных обстоятельствах в различных системах здравоохранения; о доступных альтернативах с их преимуществами и недостатками. В модулях также ставится акцент на различиях между странами европейского региона, а также на изменениях внутри этих стран. Это модули, призывающие слушателей «думать», «размышлять».

В разделе 3.2 обсуждаются два ключевых критерия, в соответствии с которыми экономистами оценивается развитие систем здравоохранения: справедливость и эффективность. Раздел 3.3 посвящен рассмотрению основных аспектов всеобъемлющей реформы систем здравоохранения. Три модуля этого раздела рассматривают структуру и вопросы равенства расходов и доходов; доступные варианты преобразования систем здравоохранения отдельных стран, особенно стран Центральной и Восточной Европы; структурные, политические, экономические и социальные преобразования, которые происходят в этих странах. Раздел 3.4 включает два модуля по таким важным проблемам, как финансирование и приватизация.

Раздел 3.2 содержит модули по вопросам справедливости и эффективности. Модули были подготовлены профессором Джоном Лависом из Университета McMaster в Канаде, второй модуль – в сотрудничестве с профессором Грэггом Стоддартом. Модуль 3.2.1 фактически представляет собой базу для формирования понимания того, как справедливо распределить различные доступные ресурсы. Эта база основывается на трех вопросах. 1. существуют ли в особенности распределения товаров и услуг в сфере здравоохранения 2. имеет ли значение, кто является получателем товаров и услуг, произведенных здравоохранением? 3. Является ли процесс распределения услуг здравоохранения средством выравнивания и имеет ли значение способ распределения товаров и услуг? Автор подчеркивает, что нет правильного ответа на вопрос о справедливости распределения ресурсов - "вопрос значимости". Автор делает вывод, что распределять товары и услуги, произведенные системой здравоохранения, справедливо означает распределять их:

- учитывая особенности распределяемых товаров и услуг,
- учитывая особенности получателей этих товаров и услуг, а также
- согласно текущим процессам и существующим критериям оценки результатов этих процессов.

В данном модуле подчеркивается, что то, что является приемлемым в одной ситуации, возможно, не приемлемо в другой.

В модуле 3.2.2 акцент делается на эффективности, которая является центральной проблемой экономики здравоохранения с точки зрения исследования того, как распределить ограниченные ресурсы на средства для лечения заболеваний и на средства для развития, обслуживания и усовершенствования системы здравоохранения. Понятие здравоохранения отличается от понятия здоровья и еще более широкого понятия благосостояния. Модуль рассматривает три главных составных элемента эффективности: техническая эффективность ("не тратить ресурсы впустую"), рентабельность ("производить продукцию по минимальной стоимости"), и эффективность распределения ("производить наиболее востребованную продукцию в необходимом количестве"). Конечно, эффективность не обязательно подразумевает социальную ориентированность, но распределение затрат и выгод приводит к различиям между лицами, принимающими решение по данным вопросам. Таким образом, рассмотрение справедливости часто бывает неразрывно связано с рассмотрением эффективности.

Раздел 3.3 содержит три модуля. Каждый из них написан отдельным автором. Эти модули все посвящены аспектам реформы системы здравоохранения; использованные подходы и детальный анализ различаются. В совокупности эти модули рассматривают спектр вопросов, связанных с реформой систем здравоохранения в разных странах Европейского региона ВОЗ.

Модуль 3.3.1, написанный профессором Грэггом Стоддартом, посвящен вопросам равенства между расходами и доходами (под равенством подразумевается математическое равенство). Те же самые принципы подсчета национальных расходов и доходов, которые используются в других секторах экономики, применяются и в секторе здравоохранения. Таким образом, расходы на здравоохранение являются доходом для производителей продукции здравоохранения, и это должно быть финансировано через доход одного типа или другого. Исследование этих трех направлений предполагаемых либо уже реализуемых реформ здравоохранения часто является полезным при анализе политики здравоохранения. Это может облегчить понимание различных проблем, таких, как эффект перераспределения доходов, а также вероятное воздействие таких изменений на уровень расходов и качества услуг здравоохранения. Модуль описывает основной аналитический инструментарий экономической науки - равенство расходов и доходов - и иллюстрирует его применение в секторе здравоохранения, особенно в контексте реформы здравоохранения. Этот инструментарий позволяет развивать навыки в оценке и в анализе политики здравоохранения и предложенных изменений. Данные могут быть использованы на более сложном уровне различными категориями слушателей и применены к определенным реформам. Также они могут быть использованы для анализа и понимания ретроспективных изменений, а также – что, пожалуй, еще важнее – для исследования вероятных последствий реформирования здравоохранения. Также в модуле приведены три иллюстративных примера.

Модуль 3.3.2, составленный доктором Паносом Канавосом и доктором Элиасом Моссиалосом из Лондонской Школы Экономических и Политических Наук, посвящен реформированию здравоохранения в разрезе вариантов реформы с учетом ситуации в отдельных странах (включая и предшествующие события), их приоритеты и запланированное распределение ресурсов. Авторы рассматривают ключевые факторы, которые должны быть приняты во внимание при оценке различных вариантов реформы здравоохранения, включая доступность, размер необходимых затрат и проверку качества. Во-вторых, рассматривается значимость финансирования реформы здравоохранения с

момента определения целей программы реформирования. В-третьих, выделяются четыре фактора, при помощи которых можно определить, насколько эффективным и жизнеспособным способом были осуществлены реформы. Также авторы подчеркивают, что стимулы для реформирования – как явные, так и скрытые – должны поощрять деятельность основных организаторов реформ, поддерживать соответствующие изменения и действия (шаги) и продвигать намеченные цели в долгосрочной перспективе. В-четвертых, дается кратко объяснение того, каким образом можно применить развитие, распространение и использование знания, и также мониторинг, оценку и – при необходимости – модификации политики и практики здравоохранения с тем, чтобы гарантировать, что реформы здравоохранения соответствуют реальности в максимально возможной степени, принимая во внимание тот факт, что доступным становится новое знание; это знание в совокупности с практическим опытом нужно использовать для достижения максимального результата при реформировании здравоохранения. Очевидно, реформа здравоохранения в отдельной стране или конкретном регионе должна быть основана на глубоком знании существующей системы, на знании того, как эта система развивалась и как она функционирует в вопросах достижения поставленных целей (включая и межотраслевые аспекты). В заключительной части модуля авторы рассматривают специфические аспекты реформы здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы, включая страны бывшего Советского Союза. Помимо прочего, приводятся конкретные трудности, с которыми сталкиваются при осуществлении реформы здравоохранения, например, ситуации, когда вместо экономического роста наблюдается спад в экономике или когда наблюдается социальная напряженность.

Модуль 3.3.3, составленный профессором Яннисом Ифантопулосом из Университета Афин, уделяет внимание структурным, политическим, экономическим, социальным преобразованиям системы здравоохранения, которые происходят в странах Центральной и Восточной Европы, его цель – попытка выявить основные детерминанты, повлиявшие на определение значимости (важности) здравоохранения и на изменение структуры расходов в этих странах после падения Берлинской стены в 1989 г. Этот модуль более эконометрический по своему подходу, чем два предыдущих модуля и включает в себя социологическое исследование региональной справедливости и эффективности здравоохранения в Российской Федерации.

В этом модуле описываются изменения в системах здравоохранения переходных обществ за период с 1989 по 2000 гг. Эти изменения могут заключаться, например, в переходе от одной политической системы к другой или в экономической сфере – от плановой экономики к системе, в которой большую роль играют рыночные силы. В основном такие изменения затрагивают сектор здравоохранения, но, помимо этого, оказывают влияние и на другие сектора экономики. В модуле рассматриваются конкретные изменения, которые происходили либо в здравоохранении, либо в другом секторе, и контекст, в рамках которого их нужно рассматривать. Также в модуле показано, что изменения в политике и социальной сфер конкретного общества зачастую являются более далеко идущими, чем экономические изменения, не говоря уже об изменениях только в секторе здравоохранения. Если целью является более полное понимание определенных изменений либо более точное формулирование и осуществление предложений по реформе, необходим более широкий спектр материалов. Авторы не отрицают того, что определенные решения могут быть привязаны к определенной последовательности и ко времени. Разделение ролей между различными игроками (участниками процесса реформирования) и относительно различных обстоятельств конкретных обществ (или периодов времени) может быть ценно для выявления этих различий и возможностей реформирования, а также альтернативных способов реформы.

Таким образом, эти три модуля Раздела 3.3 представляют собой различные аспекты комплексного стимулирования реформы здравоохранения. Все они используют различные

подходы к экономике здравоохранения для того, чтобы проиллюстрировать ряд важных проблем, касающихся вариантов реформирования системы здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ, каждой со своей историей, своими приоритетами, условиями, целями.

В Разделе 3.4 рассмотрены две проблемы - финансирование и приватизация, важные для развития системы. В этих вопросах чрезвычайно важен вклад специалистов по экономике здравоохранения. Модуль 3.4.1, написанный доктором Паносом Канавосом из Лондонской Школы Экономических и Политических Наук, посвящен финансированию. Здесь на первый план выдвигаются относительные достоинства различных методов финансирования медицинского обслуживания на агрегированном уровне и обсуждение того, как и в каких условиях работают различные методы. Проанализированы альтернативные способы оплаты поставщиков и степень, с которой нужно поощрять этих поставщиков на достижение целей политики здравоохранения. Модуль также включает обсуждение того, как распределены ресурсы и конечные товары в сфере здравоохранения, как специфические стимулы влияют на устойчивость изменений (особенно в долгосрочной перспективе), и как широко влияние определенных факторов, на экономику и общество в целом.

Модуль 3.4.2, составленный профессором Грэггом Стоддартом из Университета McMaster, содержит краткий обзор некоторых проблем приватизации. В нем выделяются несколько различных экономических функций систем здравоохранения, каждая из которых может иметь различное общественное/частное сочетание, и предостережение о том, что приватизация – не самоцель, а лишь средство для достижения предварительно согласованных или определенных задач. Модуль 3.4.3 разработанный профессором Энтони Кулайером из Университета Йорка, Великобритания, в сотрудничестве с профессором Ричардом Салтманом из Университета Эмори, США, содержит кейс-стади, посвященный консультационным услугам по вопросам приватизации в Центральной азиатской республике. Странам с переходной экономикой рекомендуется тщательно рассмотреть варианты, предпосылки и вероятные результаты приватизации.

3.2 КРИТЕРИИ

3.2.1 РАВЕНСТВО (СПРАВЕДЛИВОСТЬ) СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основные положения

Равенство можно понимать как справедливость. Концепция справедливого распределения ресурсов основана на трех составляющих:

- существуют ли особенности в распределении товаров и услуг в сфере здравоохранения?

- важно ли, кто является получателем этих товаров и услуг, имеют ли они большую выгоду?

- должен ли процесс распределения быть одинаковым для всех (рыночное распределение versus формирование очереди) или необходимо учитывать потребности (те, кто больше нуждается в товарах здравоохранения, получают их в большем объеме, чем те, кто нуждаются в них меньше);

Равное распределение товаров и услуг в сфере здравоохранения означает, что оно соответствует потребностям всех групп потребителей.

Заметки для тьюторов

Модуль 3.2.1 рассматривает взаимоотношения стратегии ВОЗ и всей экономики здравоохранения, уделяя особое внимание справедливости. Модуль 3.2.2 уделяет особое внимание эффективности.

Целью первого упражнения в этом модуле является оценка, которую можно проводить с учетом разбивки на следующие группы:

- политические деятели;

- государственные служащие и обслуживающий персонал правительства;
- менеджеры в сфере здравоохранения;
- профессиональные работники сферы здравоохранения (доктора, медицинские сестры).

Если упражнение не совсем подходит для участников, тьюторы могут придумать другое. Ситуация может включать пары товаров и услуг, состоящие из различных категорий товаров и услуг. В упражнении первая пара может быть задумана как ресурсы (вклад, взнос, пожертвование, ввод в действие), вторая как доступ к ресурсам, третья как их утилизация. Каждая пара должна включать характеристики товаров и услуг, в соответствии с которыми политические деятели определяют их справедливое распределение. Предвосхищая темы следующих модулей, тьюторам следует спросить своих слушателей, в чем различие между теми, кто любит ходить в театры и покупает билеты и теми, кто страдает заболеванием коронарных сосудов и платит за операцию.

Второе упражнение – на оценку стоимости. Оно может применяться для следующих групп:

- политические деятели;
- государственные служащие и обслуживающий персонал правительства;
- менеджеры в сфере здравоохранения;

Согласно упражнению требуется, чтобы группа сосредоточилась на определенных политических мерах и дала им критическую оценку. Участников также просят оценить, работают ли эти меры в сфере их юрисдикции.

Третье упражнение в этом модуле направлено на критическую оценку. Его следует делать после осуществления 2 упражнения, оно может использоваться для тех же самых групп. Согласно упражнению, группа должна задаться вопросом, каковы особенности реформирования в различных регионах. В основе предложенного распределения бюджетных средств лежит численность населения и один из показателей уровня жизни (продолжительность жизни). Тьюторы могут попросить участников предложить свои альтернативные меры потребности. Они могут также спросить мнение участников относительно важности рассмотрения различий в стоимости товаров и услуг здравоохранения в различных регионах.

В заключении дается стимул для обсуждения многих важных проблем, которые не возможно рассмотреть полностью в относительно коротком модуле. Например, это проблемы поступательного повышения равенства (справедливости), поиска баланса между стандартными мерами справедливости в обществе и конкретными мерами в конкретном обществе в определенное время, а также проблема реализации в обществе и эффективности, и равенства (справедливости).

ВВЕДЕНИЕ

Программа HEALTH21 - введение в программу здравоохранения для всех стран Европейского Региона ВОЗ (1) открывается вопросом, требующим размышления: действительно ли это отвечает поставленным целям? Фактически, этот вопрос включает в себя целый ряд вопросов:

- нормально ли наличие "социально-экономического неравенства между группами"?
- нормален ли "процесс взросления наших детей"?
- нормальны ли наши "условия проживания и работы"?
- нормальна ли "наша окружающая среда"?
- нормален ли "способ, которым мы платим за товары и услуги здравоохранения"?

Этот список можно продолжать еще и еще. Программа также постоянно дополняется, и в ней прописана 21 цель для Государств - членов Европейского Региона ВОЗ, при условии достижения этих целей 21 век будет более здоровым. В документе

отражена структура, которую страны-члены ВОЗ могут использовать при реализации программы «Здоровье Для Всех» (ЗДВ).

Изучение экономики здравоохранения вполне соответствует целям данной программы. Как будет рассмотрено в модуле 3.2.2, экономику здравоохранения можно рассматривать как дисциплину, изучающую вопросы здравоохранения и здоровья. Также экономика здравоохранения может помочь принимать "лучшие" решения, предоставляя как новые проблемы для рассмотрения, так и методологию для анализа этих проблем. В экономике здравоохранения существует множество аспектов, которые могут помочь при принятии решения и предоставляют слушателям различную информацию, необходимую для этого. Например, Институт Экономического Развития Мирового Банка делает доступными в он-лайн материалы по курсу экономики здравоохранения.

Страны Европейского Региона ВОЗ изучают модули по экономике здравоохранения по двум причинам. Во-первых, многие цели программы «ЗДВ» и дополнительная информация по ней составлялись на основе структуры и методологии экономики здравоохранения. Понимание структуры и методологии этой науки поможет в понимании целей ЗДВ. Например, понятие эффективности при производстве товаров и услуг в сфере здравоохранения встречается во всей программе. Учитывая то, что эффективность означает "получение максимума из ограниченного количества ресурсов" и что здоровье можно рассматривать как "продукт" производства сферы здравоохранения с учетом таких показателей, как условия жизни и работы, лица, принимающие решения в сфере здравоохранения, могут более ясно понять, что существуют более дешевые или более дорогие способы достижения конкретного уровня здравоохранения.

Во-вторых, для достижения некоторых из поставленных целей требуется изучение структуры и методологии экономики здравоохранения. Например, одна из целей – установление между секторами экономики ответственности за здоровье и предлагает оценки воздействия здоровья как стратегия для реализации этой цели. Другими словами, это означает, что предприниматели, главы агентств размещения, министры финансов и многие другие должны задуматься о последствиях, которые оказывают их решения на здравоохранение. В этом должно заключаться основное изменение в мышлении чиновников в сфере здравоохранения (тех, кто отвечает перед людьми, использующими экономические понятия для принятия решений) и в других сферах (тех, кто обычно использует инструментарий экономики здравоохранения, например, оценку воздействия здоровья).

Этот Модуль и Модуль 3.2.2 представляют собой вспомогательный материал для понимания экономики здравоохранения в контексте стратегии Здоровье Для Всех. Основу структуры и инструментария экономики здравоохранения обеспечивают два основных понятия. Первое понятие, эффективность, будет раскрыто в Модуле 3.2.2. Эффективность можно рассматривать как получение максимума из ограниченных ресурсов. Принимая во внимание что, что основная цель Программы HEALTH21 – достижение максимального уровня здравоохранения для всех - цель честолюбивая, понятие эффективности должно находиться в центре внимания лиц, принимающих решение в сфере здравоохранения.

Иногда для получения максимума из ограниченных ресурсов будет нужно делать акцент и на политике в сфере здравоохранения, и на политике в сферах, связанных с системой здравоохранения. К системе здравоохранения обращаются несколько целей ЗДВ. Например, цель 17 – финансовые меры покрытий: система финансирования должна способствовать охвату всех пользователей, их солидарности и стабильности; для удовлетворения первоочередных потребностей здравоохранения должны быть выделены достаточные финансовые ресурсы. Цели 3 и 6 затрагивают типы систем здравоохранения, которое нужно обеспечить: репродуктивное здравоохранение и детское медицинское обслуживание, услуги для людей с проблемами умственного здоровья.

В то же время, получение максимума из ограниченных ресурсов будет требовать концентрации на политике с последствиями для здоровья, не целями здоровья (то есть не

только на здравоохранении, но и на других детерминантах здоровья). Множество целей ЗДВ затрагивают различные детерминанты здоровья. Цели 6 и 10, например, затрагивают аспекты окружающей среды – условия работы, уровень загрязнения – важные детерминанты здоровья. Политика на рынке труда, которая может влиять на условия работы и регулирование бизнеса, которое может повлиять на уровень загрязнения, не имеют среди основных своих целей поддержание либо обеспечение здоровья. Другие цели ЗДВ затрагивают определенные аспекты политики, которые также имеют важные последствия для здоровья. Цель 5, например, - размещение покрытий, доход и другие меры, которые могут увеличить автономию, социальную производительность и здоровье.

Эти цели были отобраны с условием получения максимума из ограниченных ресурсов. В защиту распределения ресурсов на репродуктивное здравоохранение и детское медицинское обслуживание, например, а не на лечение хронических болезней можно привести распространенную мысль о том, что такое распределение обеспечит более высокий уровень здравоохранения для всех. Но страны-члены ВОЗ по-прежнему должны решать, сколько ресурсов должно пойти в потребности здоровья приоритета и сколько ресурсов должно пойти на обеспечение детерминант здравоохранения, таких, как условия работы или размещение. Некоторые решения могут потребовать межотраслевого подхода.

Но получение максимума из ограниченных ресурсов не единственное понятие, используемое при выборе целей. Фактически, в отличие от большинства документов, Программа HEALTH21 открыто говорит о ценностях, которые формируют ее этическую основу. Одна из трех ценностей - "равенство (справедливость) в здравоохранении и солидарность в действии в пределах отдельных стран, между странами и их жителями". Кроме того, многие из 21 цели ЗДВ имеют измерение справедливости. Например, цель 2 подразумевает сокращение социально-экономической несправедливости между группами через политику и законодательство. Также в модуле рассматриваются фундаментальные понятия равенства и обсуждается, как они могут повлиять на принятие экономических решений в сфере здравоохранения. Этому посвящен материал, составленный автором и Mita Giacomini как часть большего проекта (2).

Равенство можно понимать как справедливость. Иногда это может проходить автоматически, особенно если вводятся концепции экономики здравоохранения. Объяснением этого является первичная цель экономики здравоохранения: поиск наиболее эффективного распределения ресурсов здравоохранения для достижения данной цели (например, чтобы помочь людям жить хорошо, если они больны или помогать поселению оставаться здоровым). Но эффективность не единственный критерий распределения ресурсов. Второй критерий – равенство - важная часть этической базы программы HEALTH21, структура равенства вводится в модуле для понимания других структур и инструментов экономики здравоохранения.

Концепция равенства может помочь лицам, принимающим решение, понять, что имеется в виду, когда речь идет о "справедливости". Например, многие юрисдикции имеют формальные мандаты, требующие, чтобы здравоохранение было распределено справедливо (3). Но что значит «справедливо» в данном случае? Или, точнее:

- если ли какие-либо особенности в здравоохранении, согласно которым распределение производится соответствующим образом;
- имеет ли значение, кто получает товары и услуги, произведенные здравоохранением;

Согласно этим вопросам, никакого технического ответа на вопрос о справедливости распределения ресурсов. Все дело в ценностях.

Эти три вопроса используются здесь в качестве базы для понимания проблемы равенства. Они сосредотачиваются на здравоохранении, но они могут быть применены к любому товару или услуге, имеющим отношение к здравоохранению. Распределять

товары и услуги, производимые здравоохранением, справедливо означает распределять их:

в соответствии с особенностями распределяемых товаров и услуг,
в соответствии с особенностями получателей этих товаров и услуг,
в зависимости от процессов, которые имеют место быть и в зависимости от желаемых результатов этих процессов. Каждый из этих принципов мы рассмотрим далее.

ОСОБЕННОСТИ ТОВАРОВ И УСЛУГ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО РАСПРЕДЕЛЯТЬ СПРАВЕДЛИВО

Эти товары и услуги могут быть разделены на категории (4). Список категорий товаров и услуг здравоохранения следующий:

- (i) страхование здравоохранения;
- (ii) доходы здравоохранения:
 - поставщики
 - программы и услуги;
- (iii) доступ к страхованию здравоохранения и здравоохранению
- (iv) направления применения здравоохранения:
 - использование услуг здравоохранения
 - использование эффективных услуг здравоохранения ("встречные потребности");
- (v) выгоды, произведенных пунктами (i) - (iv):
 - специфические выгоды (здоровье)
 - общие выгоды (благополучие).

Каждая категория в определенной степени зависит от предшествующих ей категорий. Выгоды здравоохранения могут накопиться от использования эффективных услуг здравоохранения. Применение здравоохранения может в свою очередь зависеть от доступа к страхованию здравоохранения. Принцип построения данной классификации – каждая следующая категория основана на предыдущей – является лишь приблизительным. Доступ к страхованию здравоохранения не обязательно гарантирует использование эффективных услуг здравоохранения, которое в свою очередь не обязательно гарантирует повышение благополучия. Кроме того, и здоровье, и благополучие зависят не только от ресурсов здравоохранения, типа размещения и дохода. Этот список может быть увеличен и в него можно включить другие товары и услуги, производимые здравоохранением, но мы сосредоточимся здесь на товарах и услугах здравоохранения.

Лица, принимающие решение в сфере здравоохранения, в идеале должны искать справедливое распределение первого элемента в этом списке: приемлемый уровень здравоохранения и благополучия. Фактически, две из трех основных ценностей, формирующих этическую основу программы HEALTH21, это подтверждают: "любой человек имеет право быть здоровым", и "равенство в здравоохранении... в пределах отдельной страны, между странами и их жителями". Конечно, здоровье и благополучие не относятся к товарам и услугам, которые лицо, принимающее решение (например, правительственный чиновник) может распределять лично. Однако, лицо, принимающее решение может зачастую напрямую контролировать процесс страхования здравоохранения и доходы здравоохранения (поставщики, программы и услуги). Кроме того, лица, принимающие решение, зачастую могут влиять на поведение отдельного индивида и таким образом влиять на доступ к услугам здравоохранения.

Чтобы достичь равенства в здравоохранении (цель 2), лица, принимающие решение, обычно ищут вариант справедливого распределения ресурсов здравоохранения и поощряют доступ к товарам и услугам сферы здравоохранения. Таким образом, лица, принимающие решение, обычно акцентируют внимание на аллокации пунктов, прописанных внизу структуры в надежде повлиять на пункты, "расположенные выше"

(здоровье и благосостояние). Чтобы контролировать процесс достижения Цели 2, лица, принимающие решение в идеале должны исследовать не только распределение товаров и услуг, производимых сферой здравоохранения, и нормы их использования (5), но также и получающееся на их основе распределение "более высоких" элементов, таких, как здоровье и благосостояние.

Теперь поговорим о товарах и услугах, производимых сферой здравоохранения и о том, что влияет на их справедливое распределение и как принудить лиц, принимающих решения, вмешиваться в их распределение? Рассмотрим следующие пары товаров и услуг:

- телевидение и аппарат почечного диализа;
- художественная выставка в частной галерее и томограф, аппарат, который есть в каждой больнице;
- театральное представление и процедура коронарного шунтирования.

Мы могли бы использовать для распределения первого пункта каждой из этих пар рыночный механизм, а также определенные критерии для оценки результатов этих процессов (например, неравенство в распределении этих товаров и услуг в соответствии с возможностью и готовностью их оплатить). В то же самое время, для нас было бы очень неудобно анализировать те же самые процессы или использовать те же самые критерии для второго пункта каждой из этих пар. Товары и услуги, связанные со сферой развлечения, обычно видятся совсем в другом свете по сравнению с товарами и услугами, производимыми сферой здравоохранения; рассмотрение равенства (справедливости) может помочь понять, почему это так.

На равноправное и справедливое распределение могут влиять три особенности подобных товаров и услуг:

- их физическая природа;
- степень их обладания;
- преобладающее мнение о подобных товарах и услугах, процессах их распределения и о критериях оценки этих процессов.

Справедливость данного распределения упомянутых выше товаров и услуг может быть исследована по каждой из этих трех особенностей.

Физическая природа товаров и услуг

Физическая природа товара, особенно его делимость и его дефицитность, влияет на его распределение (6,7). Некоторые товары делимы; другие нет. Больница, например, относится к капиталоемкому типу ресурсов, который не может быть разделен и не может быть однородно распределен на большой территории без учета того, где живут и работают большинство потенциальных посетителей этой больницы. Поэтому изучение размещения больниц (как ресурса) по принципу их географического размещения не имеет смысла. Вместо этого лица, принимающие решение, могли бы исследовать степень доступа к программам и услугам, реализуемым больницами, и/или распределение товаров (например, частные автомобили и топливо) и услуг (например, автобусы), необходимых для того, чтобы добраться до больницы. С другой стороны, человеческие ресурсы в здравоохранении являются ресурсом, который может быть разделен на отдельных поставщиков услуг здравоохранения - врачей и медсестер. Поставщики услуг здравоохранения, особенно те, кто обеспечивает первичную помощь, могут быть распределены в соответствии с необходимостью именно согласно географическому признаку. Наконец, переходя от ресурсов здравоохранения к выгодам от них, отметим, что распределить выгоды от здоровья (здравоохранения) на душу населения невозможно. Есть физический предел равному распределению этих выгод.

Дефицитность данных товаров и услуг также может влиять на справедливость их распределения. Во многих странах наблюдается, например, нехватка аппаратов почечного диализа, поскольку их закупочная цена в местной валюте и эксплуатационные расходы (на техобслуживание и запчасти) очень высоки. Других ресурсов - человеческой ткани,

крови, органов (например, донорское сердце) – всегда недостаточно. Где потребность в таких товарах и услугах, как аппарат почечного диализа, превышает их предложение, лица, принимающие решение, зачастую определяют, полагаясь лишь на один из двух принципов справедливого распределения. Как будет описано в следующих двух частях этого модуля, такие принципы могли бы включать в себя особенности и потенциальных получателей (например, проведение почечного диализа в первую очередь не молодым, а пожилым людям), и происходящих процессов (например, постановка в очередь на лечение), и критерии оценки результатов этих процессов.

Общее сравнение с потребительской стоимостью

Некоторые товары и услуги имеют примерно одинаковую ценность для всех (обобщенная стоимость); другие имеют различную ценность для различных людей (потребительская стоимость) (7). Телевидение, например, может предложить что-то для каждого и поэтому имеет примерно одну и ту же ценность для каждого. С другой стороны, художественная выставка или театральное представление могут быть более высоко востребованы одними людьми в отличие от других. Доступ к здравоохранению можно определить как товар или услугу с обобщенной стоимостью. По-видимому, это происходит потому, что каждый из нас знает: в случае необходимости мы всегда получим товары и услуги, производимые здравоохранением. С другой стороны, у использования этих услуг есть и потребительская стоимость. Использование аппарата почечного диализа необходимо (met need) человеку с последней стадией почечной болезни. Точно так же компьютерная томография головы необходима (имеет высокую потребительскую стоимость) для человека, которого парализовало, и причина этого неясна; проведение операции коронарного шунтирования имеет высокую потребительскую стоимость для человека с серьезным заболеванием сердца. Ни компьютерная томография, ни коронарное шунтирование не имеют никакой ценности для здорового человека. Отметим, что ценность товаров и услуг, получаемых конкретным человеком, нельзя измерить точно. Ведь, к примеру, вакцинация против инфекционного заболевания приносит пользу и человеку, который получает прививку, и людям, с которыми он входит в контакт.

Общественное мнение

Граждане одной страны могут сходить в во мнении, что специфические товары и услуги должны быть распределены каким-то одним способом, а граждане другой страны могут полагать, что те же самые товары и услуги должны быть распределены совершенно по-другому (6,8–10). Правительства многих стран определили соцпакет, в пределах которого они могут гарантировать справедливое распределение этих товаров и услуг (11–14), при этом дополнительные услуги остаются за частным рынком. Какие услуги относить к основным, а какие – к дополнительным, зависит от приоритетов лиц, принимающих решение на данной территории. Пакет основных услуг здравоохранения, одобренный Мировым Банком, содержит пять типов услуг по предродовому уходу, по доставке, по планированию семьи, по общению с психически больным ребенком, по борьбе с туберкулезом и по профилактике и лечению болезней, передающихся половым путем (14).

Переходя от проблемы ресурсов к вопросу доступности товаров и услуг здравоохранения, отметим, что правительства многих европейских стран рассматривают предоставление возможности страхования своего здоровья каждому гражданину как символ национальной солидарности. Другие страны, как, например, США, чувствуют более сильное идеологическое обязательство по отношению к конкурентным рынкам, чем к универсальному доступу к страхованию здоровья (15). Кроме того, некоторые страны понимают, что снятие либо снижение финансовых барьеров к доступу – только часть решения проблемы. Лица, принимающие решение, и граждане этой страны полагают, что

нужно обратить внимание и на такие барьеры, как языковой барьер, дефицит образования и наличие свободного от работы времени.

Упражнение 1

Рассмотрим снова следующие пары товаров и услуг:

- телевидение и аппарат почечного диализа;
- художественная выставка в частной галерее и томограф, аппарат, который есть в каждой больнице;
- театральное представление и процедура коронарного шунтирования.

1. Найдите соответствие каждой пары с одной из следующих категорий товаров и услуг: ресурсы, доступ к ресурсам, использование ресурсов, выгоды от использования этих ресурсов.

2. Опишите, исходя из каких характеристик каждого товара и каждой услуги в паре лица, принимающие решение, более справедливо распределяют товары и услуги, связанные с развлечениями, а не товары и услуги, связанные со здравоохранением.

Особенности потенциальных получателей товаров и услуг сферы здравоохранения, объясняющие их потребности

В случае с некоторыми товарами и услугами, индивиды или группы людей утверждают, что они имеют право на получение большего количества ресурсов, чем другие. Какие особенности потенциальных получателей могут это объяснить: принадлежность к той или иной группе, их вклад жизнь в общества, потребность в товарах и услугах здравоохранения? Как правило, при ответе на эти вопросы потенциальными получателями выступают группы людей либо население страны в целом, а не отдельные индивиды. Решения о том, как распределять ресурсы по различным группам, будут зависеть от лиц, принимающих решение.

Рассмотрим следующий пример: глава агентства по здравоохранению хочет закрыть одну из двух больниц в конкретном населенном пункте, чтобы получить максимум из ограниченных ресурсов. Одна больница принадлежит религиозной группе и, в соответствии с религиозной традицией, проводит лечение мужчин и женщин в разных отделениях; другая больница принадлежит другой религиозной группе. Активисты обеих религиозных групп утверждают, что обе больницы должны продолжать работать. Этот пример показывает нам, как членство в той или иной группе может использоваться – и зачастую используется – для того, что оправдать потребность в тех или иных товарах и услугах.

Группы могут быть выделены по социальному (организации, сообщества или религиозные группы), экономическому (богатые или бедные), демографическому (пол, возраст или раса), географическому (городские или сельские), возрастному (живущее или будущее поколения) и по другим признакам. Значение и законность выделения той или иной группы лучше всего можно объяснить в социальном контексте, поскольку общественное мнение об исторических правах или несправедливости изменятся именно в зависимости от социального контекста. Анализ равенства (справедливости) на примере группы может использоваться для того, чтобы повысить уровень социальной справедливости, но – с другой стороны – и для того усиления дискриминации, что противоречит международным понятиям о правах человека, например, праву на здоровье (здравоохранение).

Теперь рассмотрим другой пример: правительство не может позволить себе оплатить лекарства с тем, чтобы вылечить всех людей, зараженных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вызывающим СПИД. Некоторые люди утверждают, что инфицированным работникам сферы здравоохранения нужно уделить первостепенное значение, потому что они делают очень большой вклад в жизнь общества. Другие

утверждают, что первостепенное значение нужно уделять менеджерам и другим квалифицированным работникам, так общество уже инвестировало в их образование и обучение, и они работают и будут продолжать работать на благо общества. Оба этих аргумента основаны на вкладе в жизнь общества – прошлом, настоящем или будущем - экономисты называют его критерием человеческого капитала.

Использование вклада индивида в жизнь общества в качестве критерия оценки, какие товары и услуги это индивид может себе потребовать, затрагивает две следующие проблемы (16). Во-первых, понятия здоровья и производительности взаимосвязаны: людям, страдающим тем или иным заболеванием, труднее сделать свой вклад в общество, следовательно, увеличение производительности зачастую означает повышение здоровья. Во-вторых, исторические примеры дискриминации говорят нам о том, что определенные группы людей (например, женщины или этнические меньшинства) кажутся менее производительными согласно определенным критериям (например, согласно их налогооблагаемому доходу или их интеллектуальному вкладу).

Теперь рассмотрим заключительный пример: в условиях войны или в другой чрезвычайной ситуации, когда наблюдается дефицит медицинского персонала и поставок медицинского оборудования, зачастую врачи не могут вылечить каждого. У них просто не хватает времени и лекарств, чтобы сделать это. В таком случае медицинская помощь оказывается в первую очередь тем, у кого наиболее серьезные повреждения и кому эта помощь действительно необходима. Тот же самый подход типично берется в менее чрезвычайных ситуациях. Поставщики здравоохранения делают сортировку населения на основе их способности извлечь выгоду из здравоохранения, которое является на основе их потребности в здравоохранении. Потребность в здравоохранении – третья особенность (третий критерий) потенциальных получателей, которая может влиять – и зачастую влияет – на их требования специфических товаров и услуг.

Потребность может быть измерена по-разному, в зависимости от распределяемых товаров и услуг. Например, если в качестве товара мы рассматриваем доступ к страхованию здравоохранения или к здравоохранению, в таком случае потребность может быть частично определена степенью бедности индивида. Если в качестве товара рассмотрим само использование системы здравоохранения, то тогда в идеале товаром должна выступать способность извлечь выгоду из здравоохранения. К сожалению, такая информация редко бывает доступна. Поэтому проведение анализа равенства (или справедливости) обычно сравнивают с анализом распределения товаров и услуг, производимых здравоохранением, по группам, которые нуждаются в них. Например, все группы могут извлечь выгоду из вакцинации, поэтому уровень вакцинации должен быть примерно одинаков по всем группам, так если бы все люди были вакцинированы согласно необходимости. Однако, были такие случаи, когда, например, в Перу уровень вакцинации городских жителей от полиомиелита и других болезней в 4 раза превышал уровень таковой сельских жителей (17). Следовательно, люди в этой стране на тот период времени не были вакцинированы согласно необходимости. Другой пример: в городах уровень заболеваний астмой выше вследствие плохого качества воздуха, поэтому у городских жителей может наблюдаться более высокая потребность в лекарствах от астмы. В этом случае, данная потребность может повлиять на распределение лекарств согласно необходимости.

Упражнение 2

Во многих странах деньги на здравоохранение распределяются на основе сложившихся традиций. Больше денег дается регионам с большим количеством больниц, врачей, медсестер и т.д., без учета относительного уровня здоровья местных жителей. Чтобы повысить равенство или справедливость систем здравоохранения, финансируемых из бюджета, некоторые страны ввели принцип финансирования здравоохранения на основе потребностей. Согласно этому подходу, деньги распределяются местным органам

здравоохранения, распределение производится на основе данных о численности населения и об индикаторах здоровья (чем большее количество населения проживает на данной территории, тем большая сумма денег будет выделена на приобретение товаров и услуг сферы здравоохранения, и наоборот).

Ответьте на следующие вопросы:

- (i) Какие товары и услуги должны распределяться на основе потребностей?
- (ii) Кто является их получателем?
- (iii) Как можно гарантировать, что услуги будут распределены согласно потребности, в пределах отдельной страны или региона?
- (iv) Работал ли бы принцип финансирования на основе потребностей в вашей стране?

Справедливость процесса или справедливость результата процесса

Третья часть исследования посвящена распределению ресурсов (справедливости процессов) и приемлемости данных распределений (то есть справедливости результатов процессов). Цели справедливости, как и те, которые сформулированы в программе HEALTH21, могут быть определены такими терминами, как справедливость самого процесса и справедливость результатов этого процесса, или ими обоими.

Справедливость процесса

Справедливость процесса подразумевает справедливое распределение ресурсов. Этот подход может быть особенно полезным в двух ситуациях: во-первых, в ситуации, когда не все нуждающиеся могут получить необходимые товары и услуги сферы здравоохранения; и – во-вторых – проблема асимметричной информации не дает возможности реально оценить распределение товаров и услуг сферы здравоохранения, делая невозможными выводы о результатах процесса распределения.

Механизм рыночного обмена, в идеале реализуемый на рынке совершенной конкуренции, является одним из процессов распределения ресурсов (18). Большинство людей полагает, что этот процесс распределяет ресурсы справедливо только при условии того, что: (i) сделки полностью добровольны; (ii) люди имеют полную информацию о последствиях сделок; и (iii) между людьми нет существенных различий в достатке (что влияет на их способность и готовность к плате товаров и услуг здравоохранения). На практике на рынках товаров или услуг здравоохранения эти условия соблюдаются редко.

Второй вариант распределения ресурсов - лотерея. Они редко используются в клинической практике, но при этом лежат в основе рандомизированных испытаний, проводящихся при клинических исследованиях. Некоторые считают лотерею справедливым способом распределить дефицитные товары, потому что они дают каждому больному равный шанс на получение товара или услуги. Поскольку процесс не учитывает особенности получателей, каждый из них имеет одинаковые шансы на победу, и нет никакой дискриминации. Лотереи не распространены повсеместно, отчасти из-за того, что люди не всегда хотят иметь равные шансы. Вместо этого люди часто хотят иметь шансы, отражающие их требование товара или услуги на законных основаниях (6). Таким образом, речь идет об узаконенной дискриминации.

Постановка в очередь – третий вариант распределения (7). Постановка в очередь в здравоохранении может базироваться на ряде особенностей потенциальных получателей. Например, в незначительном числе стран время нахождения в очереди (промежуток времени начиная с момента возникновения необходимости) и степень потребности в товаре или услуге (серьезность заболевания) используются для размещения человека в очереди на операцию по коронарному шунтированию или по замене бедра.

Процессы управления и принятия решения представляют четвертую категорию распределения. Например, демократические процессы могут использоваться для того, чтобы вовлечь широкую общественность в процесс принятия решений, например о том,

какие товары и услуги финансируются государством. Альтернативой является принятие решения небольшой группой лиц, действующих от имени большинства (19-21). Такие процессы требуют распределения товаров и услуг уполномоченными лицами без учета критерия личной выгоды. Другими словами, уполномоченные лица должны принимать решение, руководствуясь выражением «не корысти ради, а пользы для». Этот подход имеет тенденцию минимизировать – до некоторой степени – последствия определенных поступков. Например, ограниченный соцпакет для бедных в штате Орегон, США, критиковался на том основании, что бедные были не принимали участия в принятии решения, и что лица, принимающие решение (государственные служащие) не согласились бы на такой соцпакет для себя (в основе его лежало страхование государственных служащих от болезней) (22,23).

Моральный аспект может противоречить и справедливости распределения, и его эффективности (24). Моральные устои (то есть императив поступить правильно в конкретной ситуации) – очень важный принцип для работников сферы здравоохранения (25). В частности, этические обязательства врачей спасти людей от опасности могут привести к перераспределению большого объема ресурсов на интенсивную терапию и скорую помощь. Только при условии соблюдения моральных принципов существующее распределение может считаться справедливым.

Подход к справедливости результатов процесса

Точка зрения на этот подход меняется. Здесь беспокойство связано не с процессом распределения, а с тем, где ресурсы фактически заканчиваются (то есть с результатами процесса распределения). Равенство представляет собой один из возможных результатов этого процесса. Абсолютно равное распределение части бюджета, направленной на здравоохранение, между регионами страны может быть несправедливым по отношению к гражданам некоторых из этих регионов. Многие представители местных органов власти могут в таком случае заявить, что жители их региона имеют законные основания на получение большего количества товаров и услуг. Например, уровень жизни у них ниже или доходы меньше, чем у жителей других регионов, и таким образом они имеют законное основание для получения большего количества ресурсов для здравоохранения. Может быть необходимым неравное распределение части бюджета, направленной на здравоохранение, в основе его должны лежать численность населения региона, размер их потребности в товарах и услугах, и издержки на производство этих товаров и услуг. Необходимо обеспечить равный доступ всех жителей страны к товарам и услугам сферы здравоохранения. Следовательно, хотя эти понятия тесно связаны, равенство не означает справедливость.

Другое возможный результат процесса распределения – идея о формальном правосудии, впервые сформулированная еще Аристотелем (26). В экономике термин «горизонтальное равенство» означает распределение равного количества товаров среди получателей, находящихся в равных условиях. Следовательно, формула финансирования должна гарантировать, чтобы регионы со схожими потребностями и затратами получили равные доли бюджета. Напротив, «вертикальное выравнивание» означает распределению неравного количества товаров среди получателей, находящихся в разных условиях, в соответствии со степенью различий. Следовательно, формула финансирования должна гарантировать, чтобы области с большими потребностями и затратами получили большую долю бюджета.

Упражнение 3

Представьте, что Вы – глава местного подразделения министерства здравоохранения. Вы получаете письмо от министра здравоохранения, в котором Вам сообщают о том, что центральное правительство приняло решение о перейти от распределения ресурсов, основанного на распределении по опыту прошлых лет, к

распределению, основанному на потребностях. В качестве критериев определения потребности было решено использовать показатели численности населения и продолжительность жизни. В бюджет Вашей области было выделено 100 миллионов единиц валюты. Это на 20 миллионов единиц меньше, чем Вы получили в прошлом году. В письме приведена сравнительная информация о распределении бюджетных средств по всем областям страны (Табл. 1).

Таблица 1.

Распределение бюджетных средств по областям страны

Регион	Население, чел.	Продолжительность жизни	Распределение бюджетных средств, ед. вал.
A	500 000	67.5	100 миллионов
B	250 000	70.0	45 миллионов
C	1 500 000	65.0	320 миллионов
D	5 000 000	67.5	1 000 миллионов
E	500 000	67.5	100 миллионов

По Вашему мнению, использовало ли правительство и горизонтальное, и вертикальное выравнивание? Какие доводы по ситуации в области Вы бы привели с целью доказательства того, что средства распределены неравномерно (несправедливо)?

Заключение

Справедливое распределение товаров и услуг, производимых сферой здравоохранения означает распределение:

- способом, приемлемым для данных товаров и услуг,
- способом, приемлемым для их получателей, и
- согласно критериям приемлемых результатов процесса распределения.

То, что является приемлемым в одной стране, возможно, не приемлемо в другой.

Решения о распределении в секторах, производящих товары и услуги здравоохранения, принимаются постоянно. Если проанализировать эти решения и их результаты, можно узнать о том, какие решения приближают нас к поставленной цели. Многие из этих решений позволяют добиться и эффективности, и справедливости одновременно. В других случаях, нужно жертвовать – по крайней мере, до некоторой степени – одной целью ради другой. Многие страны проявляют интерес к анализу подобных решений и их результатов, например, к анализу справедливости при использовании услуг здравоохранения в соответствии с социально-экономическим статусом. Другие страны могут быть заинтересованы в различиях уровня детского здоровья в их стране и за рубежом. Уже проделаны важные шаги, например: обозначены цели справедливого распределения товаров и услуг, определена степень реализации этих целей, при необходимости цели или подход пересматриваются.

Ссылки

1. HEALTH21 - введение в программу Европейского Региона ВОЗ «Здоровье Для Всех». Копенгаген, Региональный Европейский Офис ВОЗ, 1999 (Серия «Здоровье для Всех в Европе», № 5).
2. HURLEY, J. И др. Введение в понятие и аналитические инструменты реформирования сектора здравоохранения и финансирования: предварительный курс дистанционного изучаемого модуля (<http://www.worldbank.org/healthreform/class/module1/index.htm>). Вашингтон, округ Колумбия, Мировой Банк, 1998 (доступ с 6 ноября 2002).
3. WAGSTAFF, A. и VAN DOORSLAER, E. Справедливость распределения финансов, товаров и услуг сферы здравоохранения: понятия и определения. Опубликовано в: VAN DOORSLAER, E. И др. Справедливость распределения финансов, товаров и услуг сферы здравоохранения: международная перспектива. Оксфорд, Издательство Оксфордского университета, 1993.
4. MOONEY, G. Здравоохранение: только медицина? Опубликовано в: Экономика, медицина, и здравоохранение. Нью-Йорк, Издательство Harvester Wheatsheaf, 1986.
5. BAKER, J.L., VAN DER GAAG, J. Справедливость в здравоохранении и финансировании здоровья на примере пяти развивающихся стран. Опубликовано в: Van Doorslaer, E. и др., Справедливость распределения финансов, товаров и услуг сферы здравоохранения: международная перспектива. Оксфорд, Издательство Оксфордского университета, 1993, стр. 356-394.
6. ELSTER, J. Местное правосудие: как учреждения распределяют дефицитные товары; трудности, которые возникают. Нью-Йорк, Фонд Russel Sage, 1992.
7. STONE, D. Справедливость. Опубликовано в: парадоксы политики и политические мотивы. Нью-Йорк, Издательство Harper Collins, 1988, стр 30-48. [На заметку: первое издание распродано. Второе издание: STONE, D. Парадокс политики: искусство политического принятия решения. Нью-Йорк, Издательство W.W. Norton and Company, 1997.]
8. DEUTSCH, M. Справедливое распределение. New Haven, CT, Издательство Йельского Уиверситета, 1985.
9. HOCHSCHILD, J. Что справедливо: американские представления о справедливом распределении. Cambridge, MA, Издательство Harvard University, 1981.
10. WALZER, M. Сферы правосудия: защита плюрализма и справедливости. New York, Basic Books, 1983.
11. BERTHGOLD, L.A. Медицина: нуждаемся ли мы в ней? *Health affairs*, **14**(4): 180–190 (1995).
12. ПРАВИТЕЛЬСТВЕННАЯ КОМИССИЯ ПО ВЫБОРУ СТРАТЕГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. Выбор стратегии здравоохранения. Zoetermeer, Нидерланды, Министерство Благополучия, Здоровья и Социальных Дел, 1992.
13. WILSON, R. И др. Основные и дополнительные услуги здравоохранения: 1. Введение в основы политики Медицинской Ассоциации Канады. Журнал Медицинской Ассоциации Канады, **152** (7): 1063-1066 (1995).
14. МИРОВОЙ БАНК. Услуги больниц. Опубликовано в: инвестиции в здравоохранение: индикаторы мирового развития. Нью-Йорк, Издательство Оксфордского Университета, 1993, pp.108-133.
15. STONE, D. Борьба за страхование здоровья. *Journal of health policy politics and law*, **18** (2): 287-317 (1993).
16. ROBINSON, J.C. Философское происхождение экономической оценки жизни. *Milbank quarterly*, **64** (1): 133-55 (1986).
17. MUSGROVE, P. Измерение справедливости здравоохранения. *World health statistics quarterly*, **39** (4): 325-335 (1986).
18. NOZICK, R. Анархия, государство и утопия. Нью-Йорк, Basic Books, 1974.

19. DANIELS, N. Только здравоохранение. Нью-Йорк, Издательство Кембриджского Университета, 1985.
20. GOOLD, S. Распределение здравоохранения: анализ затраты-полезность, демократическое принятие решения, основанное на информации, или завеса невежества? *Journal of health politics, policy, and law*, 21 (1): 69-98 (1996).
21. RAWLS, J. Теория правосудия. Кембридж, МА, Издательство Гарвардского Университета, 1971.
22. DANIELS, N. Выполняет ли штат Орегон план по справедливости? Журнал Американской Медицинской Ассоциации, 265 (17): 2232-2235 (1991).
23. FOX, D.M. и LEICHTER, H.M. Здравоохранение в штате Орегон: новая ответственность. *Health affairs*, 10 (2): 8-27 (1991).
24. HADORN, D.C. Приоритеты здравоохранения в штате Орегон: рентабельность указывает на зону риска. Журнал Американской Медицинской Ассоциации, 265 (17): 2218-2225 (1991).
25. BEAUCHAMP, T.L. и CHILDRESS, J.F. Идеалы, достоинства, и добросовестное действие. Опубликовано в: Принципы биомедицинской этики, 2-ое изд. Нью-Йорк, Издательство Оксфордского Университета, 1983, стр 255-280.
26. BEAUCHAMP, T.L. и CHILDRESS, J.F. Принцип правосудия. Опубликовано в: Beauchamp, T.L. и Childress, J.F. Принципы биомедицинской этики, 2-ое изд. Нью-Йорк, Издательство Оксфордского Университета, 1983, стр 183-220.

Дополнительная литература

- АНДЕРСОН, R.M. и др. Исследование доступа к медицинскому обслуживанию. Исследование медицинского обслуживания, *Health services research*, **18**(1): 49–74 (1983).
- CULYER, A. Нормативная экономика финансирования и обеспечения здравоохранения. *Oxford review of economic policy*, 5: 34-58 (1989).
- DANIELS, N. Справедливый доступ к здравоохранению: некоторые концептуальные и этические проблемы. *Milbank quarterly*, 60 (1): 51-81 (1982).
- HEALTH21: Программа Европейского Региона ВОЗ «Здоровье Для Всех». Копенгаген, Региональный Европейский Офис ВОЗ, 1999 (Серия «Здоровье для Всех в Европе», № 6).
- HURLEY, J. И др. Потребность в медицине, выгоды и распределение ресурсов в здравоохранении. *Journal of health services research and policy*, 2 (4): 223-230 (1996).
- LIGHT, D.W. Справедливость и эффективность в здравоохранении. *Social science & medicine*, 35 (4): 465-469 (1992).

3.2.2 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

John Lavis и Greg Stoddart

Ключевые понятия

- экономика здравоохранения - экономическая дисциплина, которая затрагивает вопросы здравоохранения и здоровья. Более точно, экономика здравоохранения – это наука о том, как использовать ограниченные ресурсы для устранения слабостей, для продвижения, обслуживания и усовершенствования системы здравоохранения.
- Мы выделяем три составляющих эффективности:
 - (i) не тратить ресурсы впустую (техническая эффективность);
 - (ii) производить продукцию по минимальной стоимости (рентабельность); и

- (iii) производят наиболее востребованную продукцию в необходимом количестве (эффективность распределения ресурсов).
- Ресурсы общества могут быть использованы для создания здравоохранения, здоровья и благосостояния. Это использование ресурсов общества может быть технически эффективным (или рентабельным, или эффективным с точки зрения распределения ресурсов) при создании здравоохранения, но, возможно, не будет технически эффективным (или рентабельным, или эффективным с точки зрения распределения ресурсов) при создании здоровья или благосостояния.
 - При любом варианте использования ресурсов общества будут победители и проигравшие. Некоторые изменения в распределении ресурса приводят к повышению эффективности (распределения ресурсов). Экономисты считают, что для этого будет достаточно, если те, кто получает выгоду от изменения, перераспределят ее в качестве компенсации потерь тем, кто проиграл от изменений.
 - Основное условие эффективности распределения ресурсов - то, что каждый вид деятельности или продукции реализовываться лишь до тех пор, пока предельные выгоды от реализации не сравняются с предельными затратами. При некоторых условиях, это требование может быть выполнено через систему цен и рынков. В случае с здравоохранением эти условия часто нарушаются. Эффективность не обязательно подразумевает социальную направленность.

Тьютору на заметку

Этот модуль может быть использован в следующих группах:

- госслужащие и правительственные работники
- менеджера системы здравоохранения
- работники сферы здравоохранения (врачи, медсестры и пр.).

При выполнении первого упражнения от группы потребуется обратить внимание на отдельные цели политики. Если они не соотносятся с интересами участников, тьюторы могут использовать другие. Предложение должны содержать примеры технической неэффективности (например, проведение неэффективных медицинских процедур или чрезмерная укомплектованность персоналом), нерентабельности производства и неэффективность распределения ресурсов (например, некоторые из наиболее востребованных видов обслуживания не оказываются).

Второе упражнение нацелено на оценку и может использоваться со следующими группами:

- высшее руководство
- государственные служащие и правительственные работники
- менеджеры системы здравоохранения.

Это упражнение будет наиболее интересно для людей с широкими полномочиями в сфере для здравоохранения и здоровья, например, для чиновников министерства финансов. И снова, если ситуация не отвечает требованиям слушателей, тьюторы могут предложить другую. Ситуация должна демонстрировать переход от рентабельности (эффективности, связанной с производством) к эффективности распределения ресурсов (понятия, связанного с потреблением). Также нужно рассмотреть переход от традиционных ресурсов, используемых при производстве сферой здравоохранения (услуги на базе больницы) к нетрадиционным ресурсам, как показано на рис. 1.

Третье упражнение нацелено на оценку и уточнение и может использоваться со следующими группами:

- высшее руководство
- государственные служащие и правительственные работники

Это упражнение требует, чтобы группа сосредоточилась на ситуации, которая рассматривает экстерналии, но в которой система цен учитывает устойчивое распределение ресурсов, такое, что предельные социальные затраты равняются

предельному социальному пособию, и что оба этих понятия равняются предельным частным издержкам и предельной частной выгоде.

Введение

Разные группы в одном и том же обществе говорят на разных языках и диалектах. Экономисты также используют свой собственный язык. Иногда в этом языке есть общее с языком неэкономистов. Так, например, слово "недостаточный" означает почти одно и то же. В другой ситуации экономисты используют термин из повседневного языка, чтобы обозначать им что-то специфически-экономическое. Понятие «эффективность», например, является таким специфическим термином. Экономисты считают, что есть три типа эффективности.

Этот модуль прежде всего посвящен ключевым понятиям экономики здоровья. Во-вторых, в нем дается представление об экономическом языке (то есть о терминах, которые используют экономисты, обращаясь к этим понятиям). Примеры таких ключевых понятий будут взяты нами из двух ранее написанных документов (1,2). Мы будем идти от общего к частному

Экономика – это наука, которая изучает выбор людей и общества относительно альтернативного использования ограниченных ресурсов, а также относительно распределения «результатов» этих использований среди членов общества. Здравоохранение и здоровье принято считать продуктами, на производство которых всегда выделяются ресурсы. Экономика здравоохранения – экономическая дисциплина, которая затрагивает вопросы здравоохранения и здоровья (3 pp.1-13,4). Более точно, экономика здравоохранения – это наука о том, как использовать ограниченные ресурсы для устранения слабостей, для продвижения, обслуживания и усовершенствования системы здравоохранения. Также сюда включается исследование того, как распределяются среди людей и групп услуги здравоохранения, затраты на них и выгоды от их использования и само здоровье.

Термин "ресурсы" означает основные ресурсы для производства: время и способность людей; земля и другие природные ресурсы, как вода; средства производства, оборудование и другие типы капитала; знание процессов производства. Деньги, хоть и являются важной средой обмена и очень полезным измерительным прибором, не определены экономистами как отдельный ресурс.

Фундаментальная проблема, стоящая перед всеми обществами – и причина существования экономики как науки – ограниченность ресурсов. Ограниченность ресурсов означает, что нет, и никогда не будет достаточно ресурсов для удовлетворения всех потребностей человека. И мы сталкиваемся с этим не только в сфере здравоохранения, но и в других областях человеческой деятельности. Между альтернативными вариантами использования ресурсов существует постоянный конфликт и имеет место постоянная потребность выбора из альтернативных распределений. Поэтому, экономисты определяют реальную стоимость определенного вида деятельности (оказание услуг больницей) как стоимость другой продукции, от которой нужно отказаться (например, другое медицинское обслуживание, как вакцинация, немедицинское обслуживание, как защита, или предметы потребления, как автомобиль). Это называется альтернативными издержками.

Лица, принимающие решение во всех обществах, каждый день оказываются перед выбором. Например, выполнение запроса от доктора больницы об обеспечении магнитно-резонансным сканером (МРС) с тем, чтобы за год на нем было обследовано 20 пациентов с подозрением на рассеянный склероз, уже не позволит выполнить запросы других больниц, в которых нет МРС или которые, наоборот, его уже используют. А в некоторых странах вложение такой суммы денег могло бы снизить на 10% появление пост-операционной инфекции – на эти деньги были бы куплены необходимые иглы и аппараты для стерилизации инструментов. Альтернативные издержки существуют и между

секторами. Например, в 1990–1991 бюджетном году, правительство Канадской провинции Онтарио заложило в бюджет на услуги больницы увеличение на \$ 350 000 000. Исследования показали, что этих денег хватило бы на то, чтобы создать 70 000 бесплатных жилищ для семей с низким доходом или 547 000 бесплатных детских садов, согласно этим исследованиям, эти два варианта расходования средств являются альтернативными инвестициями в здоровье (5). И запрос на приобретение МРС, и решение об увеличении бюджета больницы имеют высокие альтернативные издержки.

Из понятия альтернативных издержек следуют две основополагающих характеристики экономического анализа. Во-первых, в экономике проводятся оценка альтернативных вариантов и выбор среди них. Во-вторых, при этом исследуются и затраты, и последствия выбора.

Эффективность

Первый критерий, который используется для организации и проведения анализа – критерий эффективности. Значение понятия «эффективность», часто используемого в повседневной жизни, весьма простое: получить максимум из ограниченных ресурсов. Но не всегда ясно, что сюда включается, как достичь эффективности, поэтому экономисты очень точно определяют значения понятия «эффективность». Некоторые из этих значений, возможно, не очевидны или не понятны всем (6,7).

Перед рассмотрением этих значений более подробно стоит делать паузу с тем, чтобы поразмышлять над величиной проблемы, с которой сталкивается любое общество – проблемы распределения ограниченных ресурсов, использования этих ресурсов, и принимаемого во внимание конфликта потребностей и желаний. Рис. 1 иллюстрирует эту ситуацию, делая акцент на роли здравоохранения и здоровья. Рис. 1 показывает, как ресурсы, использованные альтернативным способом, «создают» услуги в сфере здравоохранения, здоровье и общее благосостояние. Каждое из этих трех понятий можно рассмотреть с точки зрения эффективности и ее значений, которые будут обсуждаться ниже (2). Поскольку эффективность - инструментальное понятие, нужно всегда четко понимать, какой результат мы хотим получить или какую продукцию произвести. (Более детальное это будет рассмотрено ниже.)

На рис. 1 перечислены ресурсы, которые могут использоваться для различных целей, разделенных здесь на три группы: Услуги сферы Здравоохранения, Другие детерминанты здоровья и Другие детерминанты благосостояния. Услуги сферы здравоохранения делают свой вклад в общее благосостояние через эффект, оказываемый ими на здоровье. Этот эффект можно сравнить с эффектом от образования, программ безопасности дохода и безопасности рабочих мест. Эти другие детерминанты здоровья могут также оказывать прямое воздействие на общее благосостояние.



Рис. 1. Проблемы распределения ресурсов в обществе

Третья категория – другие детерминанты благосостояния – в основном оказывает прямое воздействие на благосостояние, но категория потребительских товаров – например, еда – может влиять на благосостояние косвенно, через влияние на здоровье.

Три главных элемента эффективности (3,8), выражаясь повседневным языком, выглядят следующим образом:

- ресурсы не пропадают впустую
- продукция производится по наименьшей стоимости
- производится наиболее востребованная продукция в нужном количестве.

Эффективное распределение ресурсов – распределение, одновременно отвечающее всем трем этим требованиям. Первые два требования имеют отношение только к производству; третье – к потреблению, таким образом происходит взаимодействие спроса и предложения.

Первая из вышеназванных составляющих эффективности говорит о том, чтобы при производстве определенного количества продукции количество ресурсов, использованных при ее производстве, было минимально (по-другому этот критерий можно сформулировать так: необходимо произвести максимальное количество продукции из имеющейся комбинации ресурсов). Если это условие не соблюдается, тогда возможно либо произвести больше продукции, используя различные комбинации ресурсов, или прибегнуть к альтернативному использованию некоторых ресурсов, не жертвуя текущим объемом производства. Это называется «технической эффективностью». Больницы, которые по размерам больше, чем это необходимо для обслуживания населения, - пример

технической неэффективности. Вообще, для конкретного уровня объема производства будет существовать несколько комбинаций технической эффективности ресурсов (например, несколько комбинаций труда и капитала).

Второй элемент эффективности основывается на технической эффективности, но принимает во внимание альтернативную стоимость различных ресурсов. Необходимо, чтобы в дополнение к технической эффективности ресурсы расходовались бы так, чтобы минимизировать стоимость получаемой продукции. (Альтернатива – максимизация объема продукции по данной стоимости.) Например, если в экономике какой-то страны труд по сравнению с капиталом доступнее и дешевле, то в этой стране при производстве с наименьшими затратами будут использовать больше труда, чем капитала. Этот элемент эффективности называют "рентабельностью"⁷. Хотя рентабельный способ производства может меняться, для производства данной конкретной продукции рентабельной будет только одна комбинация ресурсов. (Мы можем утверждать, что определенная комбинация ресурсов рентабельна при производстве конкретной продукции, если было проведено сравнение с одной или более альтернативными комбинациями ресурсов, используемых для того же самого). Отметим также, что, в то время как рентабельность отвечает на вопрос, *как* производить продукцию по минимальной стоимости, она не отвечает на вопрос, *нужно ли* производить данную продукцию. Если что-то не стоит делать, то не нужно и стараться!

Третий элемент эффективности связывает предложение продукции со спросом на нее путем анализа предпочтений и ценностей членов общества, которые данную продукцию потребляют. Для этого необходимо, чтобы в дополнение к достижению технической эффективности и рентабельности, ресурсы использовались таким образом, чтобы производить наиболее востребованную (т.е. наиболее высоко оцененную потребителями) продукцию в необходимом объеме. Для описания данного вида эффективности экономисты используют термин «эффективность распределения ресурсов». Возможна ситуация, когда распределение ресурсов и технически эффективно, и рентабельно, но неэффективно с точки зрения самого распределения. Это может произойти в случае, когда производители поставляют слишком большое или, наоборот, недостаточное количество товаров или услуг, не учитывая пожелания потребителей. Например, если пациенты, которым сделали операцию на сердце, хотят, чтобы им помогли изменить образ жизни вместо того, чтобы ходить на специальные занятия, эффективность распределения ресурсов будет повышена путем сочетания услуг по предотвращению рецидива даже при условии, что программа специальных занятий обеспечивалась бы рентабельно.

Выражаясь повседневным языком, эффективность означает и «производить товары или услуги нужным способом» (техническая эффективность и рентабельность), и производить «нужные товары и услуги» (эффективность распределения ресурсов). Если мы возьмем в качестве примера услуги сферы здравоохранения, то в данном случае не существует единственного правильного решения вопроса обеспечения этими услугами. Поскольку теоретически все страны имеют доступ к одному и тому же объему знаний о производстве, относительная стоимость различных ресурсов (например, медсестры versus доктора, лекарства versus стационарное лечение) в разных странах различная, и потребители в разных странах имеют различные предпочтения и ценности. Поэтому, возможно (и скорее всего так и будет), что страны будут различаться между собой по тому, каким образом они обеспечивают население услугами, какие услуги они предоставляют и кому вне зависимости от возможных различий в эффективности.

⁷ Авторы экономических текстов не всегда делают различие между технической эффективностью и рентабельностью. Некоторые используют термин техническая эффективность и включают в него оба этих понятия (9).

Упражнение 1

Рассмотрите одну из четырех основных стратегий HEALTH21 (10): развитие "интегрированного ориентированного на семью и сообщество первичное здравоохранение, поддерживаемое системой больниц". Представьте, что в Вашей стране уже заложена основа для национальной сети центров первичного здравоохранения. Перед рассмотрением расширения этой сети как выполнения обязательства вашей страны по отношению к стратегии Здоровье Для Всех надо убедиться, что существующие центры работают эффективно. Была собрана следующая информация:

- некоторые медицинские услуги, оказываемые в центрах, неэффективны;
- возможности врачей и медсестер выше, чем потребности в них со стороны общества (фактически, врачи и медсестры не заняты в течение длительного отрезка рабочего дня);
- врачи выполняют рутинные услуги, как вакцинация и проверка здоровья детей, которые на том же уровне могли бы выполнить и медсестры (а врачам за это платят значительно больше, чем медсестрам);
- по данным некоторых сообществ, многие семьи ощущают, что уровень заботы о материнстве и детстве иногда слишком низок, а иногда этот вид медицинского обслуживания отсутствует вовсе. Поэтому у детей с детства не закладывается хорошее здоровье (что идет вразрез с Целью 3), число качественных услуг для людей с проблемами умственного здоровья очень низко (это не соответствует Цели 6), даже при том, что некоторые люди предпочли бы эти услуги тем, которые оказываются в настоящее время.

Используйте три элемента эффективности (техническая эффективность, рентабельность, и эффективность распределения ресурсов), чтобы более глубоко исследовать предложение, обращая особое внимание на то, каким образом каждое наше наблюдение будет связано с одним из трех элементов эффективности.

Теперь подумайте, как бы Вы развили бы "интегрированное, ориентированное на семью и сообщество первичное здравоохранение..." в Вашей стране и какой информацией Вам нужно обладать, чтобы принять решение.

Иногда утверждения об эффективности распределения ресурсов затрагивают суждения о критериях, которые будут использоваться для решения вопроса о том, удовлетворяет ли специфическое распределение ресурса людей "наилучшим образом" или является "наиболее дорогим", или дает в результате "слишком много или слишком мало" некоторых товаров и услуг. Стандартный критерий в экономике заимствован из направления экономической теории, известного как экономика благосостояния. Критерий этот известен как критерий Парето (названный в честь социолога и экономиста XIX века Вильфредо Парето). Речь идет о том, что эффективность распределения ресурсов достигается, когда не возможно изменить распределение ресурсов таким образом, чтобы улучшить положение одного человека, не ухудшая при этом положение другого, проигрывающего материально (11).

Есть, по крайней мере, еще две характеристики эффективности, вытекающих из критериев Парето (3,11). Во-первых, в основе понятия эффективности находится человек: социальное "благосостояние" является суммой индивидуальных благосостояний, каждый человек предположительно является наилучшим судьей своих прибылей и потерь, и индивидуальное благосостояние, как предполагают, зависит только от товаров и услуг, которые потребляет человек. В реальном мире все эти утверждения спорны. Люди заботятся о благосостоянии друг друга, своих социальных групп и сообществ. Люди должны часто принимать решения за других. И даже когда речь идет непосредственно о конкретном человеке, помимо потребляемых товаров и услуг его интересуют также и другие вещи, например, особенности общества, в которых он живет.

Во-вторых, эффективные результаты, согласно обозначенному нами понятию эффективности, в значительной степени зависят от распределения дохода и богатства среди людей в обществе. Другими словами, согласно критерию Парето, нет такого

единственного распределения ресурсов, которое бы единственным эффективным распределением. Скорее есть ряд эффективных распределений, по одному на каждое распределение дохода и богатства. На практике этой трудности можно избежать, принимая во внимание существующее распределение дохода и богатства – это очень ценное суждение, которое должно быть использовано (но используется редко) при обсуждении эффективности.

Эти характеристики стандартного экономического подхода к эффективности распределения ресурсов означают, что для общества возможно предпочесть "неэффективное" (в смысле Парето) распределение ресурсов "эффективному", если, например, члены общества считают, что это в некотором роде более справедливо (3,7,12). Примером этого может служить ситуация, когда субсидии частным клиникам переводятся на расширение деятельности бесплатных общественных клиник. Другой пример - выбор среди нескольких эффективных распределений ресурса должен быть сделан на основе других критериев, помимо эффективности (9).

Полезность критерия Парето на практике очень ограничена, потому что большинство изменений в распределении ресурсов действительно приводит к тому, что часть людей материально проигрывают. Таким образом, почти всегда есть выигравшие и проигравшие. Была сделана попытка расширить возможности критерия. Экономисты выступили с предложением. Достаточным для повышения эффективности распределения ресурсов путем изменений в распределении ресурсов является условие о том, что выигравшие считают свою прибыль достаточной для того, чтобы компенсировать потери проигравшим (11). Этот «потенциальный» Парето-критерий не требует, чтобы компенсация фактически оплачивалась, что многие исследователи, включая некоторых экономистов, находят этически недопустимым (6,7,13). Например, предположим, что политика пользовательских выплат улучшила возможность доступа для богатого, но при этом уменьшила степень доступности для бедного. Если бы прибыль богатого была достаточной для компенсации потерь бедного, то согласно потенциальному критерию Парето эта политика эффективна, даже если богатые фактически не компенсируют бедным их уменьшенный доступ. Однако, именно этот потенциальный критерий Парето-эффективности распределения ресурсов является основанием для технико-экономических расчетов при анализе затрат/прибыли, одного из методов, описанных в Модуле 5.3.1 в числе методов экономической оценки.

Эффективность распределения ресурсов, как было определено выше, не обязательно подразумевает социальную востребованность, за исключением одного очень специфического и спорного подхода к стоимости. При отсутствии компенсационной политики эффективность распределения ресурсов подразумевает социальную востребованность, только если способность к оплате и желание к оплате рассматриваются в качестве соответствующих критериев для обеспечения доступа к товарам и услугам. Таким образом, эффективность распределения ресурсов подразумевает социальную востребованность, если существующее распределение дохода и богатства, которое облегчает процесс закупок и потребления, считается приемлемым. Поскольку подходы к стоимости представляют собой немаловажные критерии оценки эффективности распределения ресурсов в среде чиновников, измерение равенства или справедливости часто используется при измерении эффективности. Понятие равенства (или справедливости) было рассмотрено в Модуле 3.2.1.

Применение концепций эффективности

Мы поняли, что существует три понятия эффективности и что эти понятия применяются при производстве товаров услуг сферы здравоохранения, здоровья и благосостояния – трех потенциальных результатов политики программы HEALTH21. Две из четырех главных стратегий программы HEALTH21 затрагивают услуги здравоохранения: первичная медицинская помощь, основанная на услугах больниц (как

упомянуто выше), и "программы здоровья, ориентированные на результат и инвестиции в ... деятельность больниц". Четвертая стратегия затрагивает не только вопросы, связанные со здравоохранением. На этом основании можно было бы задаться вопросом, "не получится ли так, что мы будем иметь слишком много здравоохранения?" Мы уже задавались этим вопросом (2), и части ответа на него здесь повторяются, поскольку демонстрируют нам, как техническая эффективность, рентабельность и эффективность распределения ресурсов могут быть связаны с производством товаров и услуг сферы здравоохранения, здоровья и благосостояния.

На рис. 2 дается схема, помогающая ответить на вопрос, "не будем ли мы иметь слишком много здравоохранения?" В строках приведены вопросы: "является ли производство технически эффективным?", "действительно ли производство рентабельно?" и "является ли производство эффективным с точки зрения распределения ресурсов?" Колонки перечисляют то, что производится: здравоохранение, здоровье и благосостояние. Некоторые из восьми полученных в результате ячеек объединены с тем, чтобы продемонстрировать шесть вариантов, когда может быть слишком много здравоохранения:

- (i) здравоохранение, которое не эффективно
- (ii) эффективное здравоохранение, но более дорогостоящее, чем должно быть
- (iii) здоровье, более дорогостоящее, чем должно быть
- (iv) здравоохранение, которое недооценено
- (v) здоровье, которое недооценено
- (vi) благосостояние, более дорогостоящее, чем должно быть.

Здравоохранение, которое не эффективно. Если здравоохранение не делает то, что должно делать (то есть восстанавливать, поддерживать или улучшать здоровье), тогда ресурсы, вложенные в него, потрачены впустую. Некоторые программы или услуги могут либо вредить пациентам, либо приносить больше вреда, чем пользы. Другие могут просто быть неэффективными. Также может иметь место ситуация, когда эффективное обслуживание выглядит неэффективным, потому что применяется при неправильных клинических обстоятельствах (то есть когда это клинически не гарантировано). Например, хотя хирургические операции аорто-коронарного шунтирования могут разительно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни для определенных пациентов, они не оказывают никакого эффекта (и могут быть даже быть вредными) для пациентов, которые не страдают этим заболеванием или страдают им, но в более легкой, не требующей операции форме.

Рис. 2. Варианты, согласно которым слишком много ресурсов вовлекается в здравоохранение

Эффективно ли производство?	Что производится?		
	Здравоохранение	Здоровье	Благосостояние
Техническая эффективность	2	1	6
Рентабельность		3	
Эффективность распределения ресурсов	4	5	

Источник: Lavis и Stoddart (2).

Эффективное здравоохранение, но более дорогостоящее, чем должно быть. Здравоохранение становится дорогостоящим, когда то же самое количество услуг может быть произведено с использованием меньшего количества ресурсов (то есть меньшего количества персонала, меньшего количества оборудования или меньшего количества ноу-

хау) или с меньшими расходами (то есть с более дешевым дорогим персоналом, оборудованием или ноу-хау). Как пример последнего, рассмотрим возможность замены врачей высококвалифицированными медсестрами при проведении рутинных больничных действий или возможность предоставления услуг вне больниц, таких, как найм сиделки или амбулаторное лечение. Следуя той же логике, мы видим, что здравоохранение становится более дорогостоящим, когда большее количество услуг можно было бы предоставить за счет использования того же количества ресурсов или с тем же самым уровнем расходов.

Здоровье, более дорогостоящее, чем должно быть. Если определенный уровень здоровья можно произвести за счет снижения расходов на некоторые типы здравоохранения по сравнению с другими или за счет снижения расходов на здравоохранение по сравнению с другими производителями здоровья (см. рис. 1), то тогда мы видим, что в производство здравоохранения вовлекается слишком много ресурсов. Операция аорто-коронарного шунтирования, сделанная нужным пациентам, например, может купить больше лет жизни, чем та же самая сумма денег, потраченная на мониторинг пациентов с низким уровнем риска заболевания коронарных сосудов (14). Кроме того, осуществление пренатальной заботы на ранних стадиях беременности (вмешательство здравоохранения) и дополнительные продовольственные программы (вмешательство, которое традиционно производится извне сектора здравоохранения) могут снизить показатели детской смертности, и это обойдется дешевле, чем, например, интенсивная терапия новорожденных (15). Мониторинг пациентов с низким уровнем риска заболевания коронарных сосудов и интенсивная терапия новорожденных производят здоровье более дорогостоящими способами, чем это необходимо.

Здравоохранение, которое недооценено; и здоровье, которое недооценено. Четвертый и пятый варианты, при которых излишнее количество ресурсов вовлекается в здравоохранение, перемещают нас из сферы производства (предложения) в сферу потребления (спроса). Здесь акцент делается и на выгодах, и на затратах. Выгоды от здравоохранения (согласно тем, кто получает эти выгоды или, наоборот, платит за здравоохранение) должны оцениваться по затратам на него, и может получиться так, что некоторые типы здравоохранения будут оценены не так высоко, как другая продукция, которая могла бы быть произведена. Точно так же выгоды от здоровья должны быть оценены относительно затрат на него. Другими словами, возможно улучшить сочетание различных типов здоровья (одновременно и качество, и продолжительность жизни, например) или сочетание здоровья с другими вещами (типа товаров народного потребления, образования, безопасности и правосудия).

Благосостояние, более дорогостоящее, чем должно быть. Так же, как здравоохранение - только одна из детерминант здоровья, так же и здоровье - только одна из детерминант благосостояния. Благосостояние может быть произведено более дорогим или более дешевым способом. Если общее благосостояние могло бы быть увеличено за счет "снижения" здоровья (произведенного здравоохранением) и других факторов, то тогда в здравоохранение было бы вовлечено слишком много ресурсов.

Упражнение 2

Вы - чиновник министерства здравоохранения, который реализует Программу HEALTH21, Вас посетил главный врач самой большой больницы в Вашей стране. Он лоббирует новую программу по расширению трансплантации легкого. Он показывает Вам результаты нескольких клинических исследований – все они проведены качественно и подтверждены клиническими испытаниями, которые демонстрируют большую по сравнению с используемой рентабельность новой техники трансплантации. Его

требование, поскольку он имеет "доказательства" рентабельности, заключается в том, что его инициатива должна быть немедленно профинансирована. Что бы Вы ему ответили?

Главврач не удовлетворен вашим ответом. Он в свою очередь говорит, что Вы по крайней мере должны согласиться, чтобы его больнице было выделено дополнительное финансирование, потому что именно Вы гарантируете "Здоровье Для Всех"; тогда он и другие врачи больницы сами определяют, какие на программы в больнице должно быть выделено больше средств. И тогда эти программы будут в состоянии конкурировать с программой трансплантации. Каков Ваш ответ теперь?

Маржа

Общие условия эффективности распределения ресурсов согласно потенциальному критерию Парето могут быть описаны техническим способом, используя экономическое понятие "маржи". Экономисты определяют "маржинальную (предельную) стоимость" продукции как дополнительную стоимость, заложенную в создание последней (или последующей) единицы продукции. Точно так же "предельная, или маржинальная выгода" является дополнительной выгодой, полученной от потребления последней (или последующей) единицы продукции. При полной эффективности, предельная стоимость и предельная выгода равны для каждой продукции, хотя они могут изменяться в зависимости от вида продукции. Например, если больница желает расширить свою диагностическую программу, рассмотрение эффективности распределения ресурсов требует, чтобы это не было расширением сверх того момента, когда дополнительные необходимые ресурсы (персонал, место, поставки и оборудование) создали бы больше выгод, если бы использовались в других программах больницы.

Люди используют это правило каждый день, когда принимают решение о том, как распределить свое время и деньги. На уровне индивида мы постоянно делаем выбор, окупает ли дополнительная выгода выполнения кое-чего (например, покупки еще одной вещи, потребления еще одной чашки кофе, более частого посещения родственников) дополнительную вовлеченную стоимость. Мы имеем тенденцию не делать что-либо, если дополнительные затраты превышают дополнительные выгоды. Также и для общества, преследующего различные цели здравоохранения и здоровья. С точки зрения эффективности распределения ресурсов, каждая деятельность или продукция должны производиться или реализоваться только до тех пор, пока дополнительные выгоды от производства или реализации равняются дополнительным затратам. Другими словами, стоимость дополнительной выгоды, которую человек или общество получает от последней единицы любой потребляемой продукции, должна быть равна возможной стоимости ресурсов (то есть их стоимости в последующем лучшем использовании) израсходованных производителями для создания этой единицы продукции.

Конечно, это трудно определить на практике. Важный вклад экономической теории заключается в демонстрации того, что это требование может быть удовлетворено (то есть для каждого произведенного товара или услуги предельная социальная стоимость равняется предельной социальной выгоде), и устойчивое распределение ресурсов может быть прослежено через систему цен и рынков. Это решение экономических проблем того, какие товары и услуги нужно произвести (и в каком количестве), как производить их, и как их распределять, применяют, однако, только при некоторых очень определенных условиях (как выделено в конце Модуля 3.2.1). Когда эти условия нарушаются, рынки, как говорят, терпят провал – ситуацию, когда нет эффективного распределения ресурсов. Как упомянуто выше, если не реализуется компенсационная политика, система цен и рынков принимает два подхода к стоимости. Во-первых, и способность к оплате, и готовность к оплате – это критерии для установления доступа к товарам и услугам. Во-вторых, существующее распределение дохода и богатства является приемлемым. В случае здравоохранения, провал рынка – обычное явление (16), и два вышеупомянутых подхода к стоимости зачастую различны для разных категорий услуг.

Упражнение 3

Вы - министр здравоохранения и Вы встречаетесь с министром охраны окружающей среды, чтобы обсудить качество воды. Вы указываете на рис. 1 и говорите, что качество физической окружающей среды - пример категории "других детерминант здоровья". Вы полагаете, что фирма принимает решение исходя из того, что хочет минимизировать издержки производства за счет физической окружающей среды вообще, и качества воды в частности, осуществляя выброс отходов производства в реки и другие водоемы. Вы хотите, чтобы министр охраны окружающей среды что-то с этим сделал. Советник министра охраны окружающей среды по экономике говорит Вам, эта проблема включает в себя два аспекта. Во-первых, Сначала, с точки зрения уровне фирмы, дополнительные выгоды от такого выброса отходов производства намного превышают дополнительные затраты. Однако, с точки зрения общества, ситуация обратна. Министр охраны окружающей среды приводит доводы в пользу ценовой политики: продажа права на загрязнение окружающей среды решила бы обе эти проблемы. Как министр здравоохранения, считаете ли Вы предложенное решение эффективным?

Литература

1. HURLEY, J. И др. Введение в концепцию и аналитические реформирования сектора здравоохранения и жизнеспособное финансирование: дистантный модуль изучения введения в курс (<http://www.worldbank.org/healthreform/class/module1/index.htm>). Вашингтон, округ Колумбия, Всемирный банк, 1998 (материал доступен с 6 ноября 2002).
2. LAVIS, J.N. и STODDART, G.L. Можем ли мы иметь слишком много здравоохранения? *Daedalus: журнал американской Академии Науки и Искусств*, 123: 43-60 (1994).
3. CULYER, A.J. *Экономикс*. Оксфорд, Basil Blackwell Ltd., 1985.
4. WILLIAMS, A. Взгляд экономиста на социальную медицину. *Эпидемиологическое здоровье общества*, 33: 3-7 (1979).
5. LABONTE, R. Затраты на здравоохранение тратя как риск для здоровья. *Канадский журнал здравоохранения*, 81: 251-252 (1990).
6. REINHARDT, U.E. Размышления о значении эффективности: может ли эффективность быть отделена от справедливости? *Йельский обзор законов и политики*, 10: 302-315 (1992).
7. REINHARDT, U.E. Абстрагируясь от дистрибутивных эффектов, эта политика эффективна. В: Varer, M. и др., под ред. *Здоровье, здравоохранение и экономика здоровья: перспективы распределения*. Нью-Йорк, Изд. John Wiley and Sons, 1998, стр 1-52.
8. PAULY, M.V. Эффективность, стимулы и компенсация за здравоохранение. *Inquiry*, VII: 114-131 (1970).
9. MCGUIRE, A.J. и др. *Экономика здравоохранения: вводный текст*. Лондон, Routledge и Kegan Paul, 1988.
10. *HEALTH21: Здоровье Для Всех*. Копенгаген, Региональный Европейский Офис ВОЗ, 1999 (Серия Здоровье для всех в Европе, № 6).
11. BOADWAY, R.W. и BRUCE, N. *Экономика благосостояния*. Оксфорд, Basil Blackwell Ltd., 1984.
12. CULYER, A.J. Нормативная экономика финансирования и обеспечения здравоохранения. *Оксфордский обзор экономической политики*, 5 (1): 34-58 (1989).
13. BAUMOL, W.J. *Экономическая теория и операционный анализ*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1977.
14. RUSSEL, L.V. Альтернативные издержки в современной медицине. *Health affaires*, 11 (2): 162-169 (1992).

15. Joyce, T. И др. Анализ рентабельности стратегий по снижению детской смертности. *Medical care*, 26 (4): 438-360 (1988).
16. HSIAO, W.C. Неправильная экономика в секторе здравоохранения. *Health policy*, 32: 125-139 (1995).

Дополнительная литература

- EVANS, R.G. *Напряженное милосердие: экономика канадского здравоохранения*. Торонто, Butterworths, 1984.
- FOLLAND, S. И др. *Экономика здоровья и здравоохранения*, 2-ое изд. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 1997.
- HURLEY, J. Welfarism, экстра-welfarism и оценочный экономический анализ в секторе здравоохранения. В: Varer, M. и др., под ред. *Здоровье, здравоохранение и экономика здоровья: перспективы распределения*. Нью-Йорк, John Wiley and Sons, 1998, стр 373-395.
- Lee, K. и Wills, A. *Экономика здравоохранения в развивающихся странах*. Нью-Йорк, Издательство Оксфордского университета, 1983.
- MOONEY, G.H. *Экономика, медицина и здравоохранение*. Нью-Йорк, Harvester Wheatsheaf, 1986.
- MOONEY, G. Экономика, communitarianism и здравоохранение. В: Varer, M. и др., под ред. *Здоровье, здравоохранение и экономика здоровья: перспективы распределения*. Нью-Йорк, NY, John Wiley and Sons, 1998, стр. 397-413.
- RHELPS, C.E. *Экономика здравоохранения*. Нью-Йорк, NY, HarperCollins, 1992.
- RICE, T. Желательность реформ здоровья на основе рынка: повторное рассмотрение экономической теории. В: Varer, M. и др., под ред. *Здоровье, здравоохранение и экономика здоровья: перспективы распределения*. Нью-Йорк, NY, John Wiley and Sons, 1998, стр. 415-463.
- RICE, T. *Пересмотренная экономика здравоохранения*. Чикаго, Health Administration Press, 1998.

3.3 ВСЕОБЪЕМЛЮЩАЯ РЕФОРМА

3.3.1 РАСХОДЫ – ДОХОДЫ – СТРУКТУРА ДОХОДОВ

Основные положения

- те же самые принципы учета, которые существуют в других секторах используются в сфере здравоохранения;
- расходы на здравоохранения для одних являются доходами для производителей продукции здравоохранения;
- Изучая эти три варианта реформа здравоохранения полезно обратиться к анализу политики в сфере здравоохранения. Отсюда можно почерпнуть полезные вещи, например, эффект перераспределения доходов от политических изменений, или влияние уровня расходов на доступность услуг в сфере здравоохранения.

Заметки тьютора

Этот модуль описывает основные экономические понятие используемые при экономическом анализе: расходы, доходы и их применение при анализе сферы здравоохранения, особенно в контексте реформ здравоохранения. Этот модуль направлен на развитие аналитических способностей по изучению реформ здравоохранения.

Этот модуль может использоваться для различных категорий слушателей, в том числе для слушателей, обладающих низким уровнем знаний в области здравоохранения. Возможно, те группы слушателей которые имеют прямое отношение к реформированию здравоохранения (политики, министры здравоохранения, руководители институтов и ассоциаций в сфере здравоохранения) также найдут в этом модуле много для себя полезного.

Существует широкий спектр возможностей для применения специфическом реформировании. Основное положение в упражнении 1, к примеру, добиться того, чтобы участники смогли проследить эффекты и последствия, выбранных ими вариантов реформ во всех трех вариантах концепции. Другой источник для анализа реформ является Европейская реформа системы здравоохранения: анализ текущих стратегий (1).

Введение

Несколько вещей порождают столько дебатов сколько реформы в сфере здравоохранения. Это имеет место во всех странах, хотя дебаты могут носить циклический характер в какой-то одной стране, в значительной мере дебаты имеют место в международном масштабе. Дебаты как правило бывают жаркими, и аргументы и контраргументы в одной стране побуждают в проведении дебатов в другой стране.

Одна из причин почему дебаты не утихают заключается в том, что преследуемые цели весьма высоки, по ряду направлений. Обычного человека больше всего беспокоит его собственное здоровье. Если финансирование, управление и организация системы здравоохранения осуществляется не на должном уровне, то такая система не в состоянии эффективно обеспечить индивида услугами и его потребности оказываются неудовлетворенны.

Правительства должны уделять внимание таким направлениям как уровень расходов на здравоохранение, направление расходования средств, как профинансировать общественные расходы, и насколько они могут полагаться на частное финансирование. Правительствам следует уделять большое внимание последствиям, которые могут иметь принятые ими решения.

Производители услуг в сфере здравоохранения также имеют прямое влияние на политику в сфере здравоохранения. Кроме того, расходы на производство продукции в сфере здравоохранения, государственные или частные, являются также доходом для тех, кто занят в сфере производства. Это не является совпадением, что производители услуг в сфере здравоохранения, всегда выступают против решений направленных на контроль за затратами при производстве здравоохранения или сокращение производства услуг для здравоохранения.

Экономические меры используемые при реформировании здравоохранения носят сложный характер, и не могут быть рассмотрены в одном модуле. Задача данного модуля составить относительно простую экономическую концепция, на основе которой слушатели смогли анализировать и понимать те частые дебаты, которые возникают по поводу реформирования здравоохранения. В данном случае следует использовать материала Регионального отделения ВОЗ.

Модуль начинается с презентации и объяснения аналитической концепции. Затем, дается краткий обзор типам реформирования здравоохранения, для того, чтобы проиллюстрировать назначение концепции, и особенности ее способность классифицировать эффекты распределения при реформирования здравоохранения. В заключение модуля дается упражнение в ходе которого слушателям следует применять концепцию для реформ здравоохранения в их собственных странах.

Расходы – доходы – структура доходов

Evans (2-4) подчеркивает полезность аналитической концепции для экономики реформирования здравоохранения основанной на национальном доходе – принципы учета

затрат (которые используются во всех отраслях экономики). Он подчеркивает, что затраты на здравоохранение для одних являются доходами для других, и должны финансироваться через доходы разных видов. Таким образом, существует следующее: затраты-доходы-структура доходов (рис.1).

Fig. 1. The expenditure \equiv income \equiv revenue framework (identity)

Total EXPENDITURE on health care goods and services	\equiv	Total INCOME earned from the provision of health care goods and services	\equiv	Total REVENUE raised to pay for health care goods and services
---	----------	--	----------	--

Each of the three individual items can be separated further into its basic components as follows:

EXPENDITURE	= P x Q	Where P is the unit price and Q the quantity of each type of health care good or service.
INCOME	= W x Z	Where W is the rate of payment per unit of input and Z represents the various types of input or resource that are combined to produce the health care goods or services.
REVENUE	= TF + SI + UC + PI	Where TF is taxation, SI is social insurance contributions, UC is direct charges to users and PI is private insurance premiums.

These are the three main channels through which revenue may be raised to finance the provision of health care goods and services.

The identity may therefore be written in symbols as follows:⁷

$$P \times Q \equiv W \times Z \equiv TF + SI + UC + PI$$

Эти три основных направления, с помощью которых могут быть увеличены доходы для финансирования производства товаров и услуг в сфере здравоохранения. Это зависимость описывается уравнением, где все три компонента являются математически равными.

Уравнение можно описать следующим образом:

$$P \times Q = W \times Z = TF + SI + UC + PI$$

Использование уравнения

Несмотря на простоту, уравнение является мощным аналитическим инструментом. Например:

- Если общие расходы на здравоохранение возрастают, то должна появиться возможность проследить сопутствующие эффекты доходов и расходов. Для дохода, также если количество входящих ресурсов возрастет, увеличится уровень затрат на единицу ресурса, или будет сочетание данных показателей, то уравнение не сойдется.

- Расходы, увеличение налогового бремени (основные налоги или уровень отчислений на социальное страхование) возрастают расходы потребителей, увеличивается уровень отчислений на частное социальное страхование, или сочетание этих трех эффектов приводит к тому, что общий уровень затрат на здравоохранение возрастает. И снова, тот случай, когда уравнение не сходится.

Определение товара или услуги сферы здравоохранения отличается в разных странах. Однако, в общем Q включает все товары и услуги здравоохранения производимые в стране включая услуги госпиталей, медицинские, фармацевтические, услуги скорой помощи. Существует длинный список товаров и услуг обозначаемый символом Q и соответственно длинный список цен на данные услуги, обозначаемый буквой P. Заметьте, что такие услуги как помощь, оказываемая членами семьи на дому, не

включается в указанный список, хотя технически это возможно. Для включения их в указанный список требует проведения измерения величины услуг и времени затраченного членами семей.

Под символом Z понимается длинный список индивидуумов, которые извлекают доход от производства товаров и услуг для здравоохранения. Сюда относятся медсестры, дантисты или физиотерапевты. Другая группа включает не клинических работников здравоохранения: административный и обслуживающий персонал госпиталей, клиник и правительственных агентств.

Но символ Z включает всех индивидуумов, кто извлекает доход от обеспечения товаров и услугами здравоохранения. Тем не менее, он включает также работодателей, акционеров, юристов и бухгалтеров частных страховых компаний, фармацевтических фирм, поставщиков медицинского оборудования. Другими словами, символ Z включает не только производителей в сфере здравоохранения, но также индивидуумов которые извлекают доход от выполнения управленческих функций в сфере здравоохранения. Соответственно, символ W содержит длинный список стоимости единицы ресурса для каждого индивида.

Доходный символ в уравнении следует объяснить детально. Под символом TF понимается список всех видов налогов (индивидуальный налог, корпоративные налоги, налоги с продаж, акцизы, НДС и т.д.); символ SI обозначает взносы на социальное страхование; символ UC обозначает различные виды прямых затрат и символ PI обозначает различные взносы на частное страхование которые существуют.

Картина может быть довольно сложной, но основные моменты простые. Любое изменение величины из трех компонентов приводит к изменению двух величин. Приведем простой пример, предположим, что профсоюз по защите прав медсестер добивается увеличения зарплаты медсестер работающих в государственных больницах. Тогда W возрастет, если число работающих медсестер не изменится, тогда расходная величина ($P'Q$) и доходная часть ($TF + SI + UC + PI$) должна увеличиться. Если количество услуг (Q) остается неизменным, то возрастает цена обслуживания (P). Если, не происходит изменений в соотношении государственного и частного финансирования, тогда должны возрасти налоги или взносы на социальное страхование, для того чтобы увеличение зарплат не привело к дефициту ликвидности.

Extensions to the identity

Несколько более сложных extensions можно сделать по отношению уравнения.

Evans предлагает четыре типа дополнительных взаимосвязей:

- производственная функция здравоохранения связывающая производство товаров и услуг (Q) в сфере здравоохранения с качеством здоровья населения;
- производственная функция здравоохранения связывающая производство товаров и услуг (Q) в сфере здравоохранения с количеством затраченных ресурсов;
- взаимосвязь спроса между уровнем затрат пользователей (C) и уровнем утилизации в сфере здравоохранения;
- производственная мощность отражающая зависимость между величиной произведенной продукции и максимальной величиной доступных ресурсов.

Участники, которых интересует более сложный анализ могут изучить статьи Эванса (2,3). Хотя можно сослаться на концепции (i –iv) приведенные выше, для целей указанного модуля основная концепция будет достаточной.

Ретроспективное использование уравнения

Уравнение можно использовать для ретроспективного анализа изменений всеобщих расходов на здравоохранение, например:

- были ли изменения в уровне расходов напрямую связаны с изменениями в уровне реализации услуг или изменениями стоимости производства услуг;

- как изменения в оплате услуг поставщикам в сфере здравоохранения отразились на общих затратах, в особенности, доступности и реализации услуг;
- как изменения в снабжении поставщиков отражаются на их ремунирации, общем уровне затрат, доступности и реализации услуг, и фискальном давлении на правительство;
- эффекты увеличения прямых затрат для пользователей по реализации услуг и увеличение доходов поставщиков;
- эффекты когда полагаются или наоборот отказываются от социального страхования как финансового механизма.

Перспективное использование уравнения

Возможно, наиболее важное использование концепции, это оценка возможных последствий реформ в сфере здравоохранения. Три примера, рассматриваемые ниже, касаются контроля над расходами в сфере здравоохранения в системе, финансируемой государством, сокращение количества терапевтов и фармацевтов. Концепция используется также для анализа последствий приватизации финансов в сфере здравоохранения.

Снижения роста затрат на здравоохранение является одной из важнейших политических целей правительств многих стран. С тех пор как значительную долю затрат в здравоохранении составляют расходы на больничные услуги, им уделяется пристальное внимание. Снижение расходов на здравоохранение путем снижения расходов на больничные услуги. Одна из наиболее часто используемых стратегий для достижения указанной цели это сокращение количества койко-мест и более эффективное использование оставшихся койко-мест а также возможное увеличение помощи предоставляемой на внепациентной базе.

В условиях равенства $\text{затраты} = \text{доход} = \text{доход}$ основная задача политики уменьшить эту часть Q , относящуюся к больничным услугам, предоставляемым не пациентам и затем сократить величину $P'Q$. (Это может быть небольшое увеличение Q , относящуюся к больничным услугам, предоставляемым не пациентам, но это должно быть меньше чем возмещение, если цель уменьшения общих затрат будет достигнута.) Достижение цели также означает, что TF сократится, предполагая при этом, что больницы финансируются через налогообложение. Но что при этом происходит с показателем дохода в уравнении? Предполагая что меры направленные на снижение W такие как низкий уровень ремунирации, или сокращение количества рабочих часов терапевтов, медсестер, или обслуживающего персонала больниц, не реализуются, тогда предвиденный результат это безработный персонал больниц, так как Z сокращается баланс в уравнении сохраняется. На практике, W и Z можно сократить чтобы сохранить уравнение. Политика тем не менее не только влияет на государственный бюджет, а также перераспределяет доходы работников сферы здравоохранения.

Сокращение числа терапевтов другой пример «кризиса», политики, который часто возникает в системах здравоохранения. Допустим правительство решило сократить общие расходы на здравоохранение, но не в силах что-то предпринять по поводу сокращения числа терапевтов. Если увеличивается количество докторов, Z увеличивается и $P'Q$ и необходимость в доходах. Одной из возможностей является увеличение предложения терапевтов, но одновременно реформа их ремунирации для уменьшения W , хотя эта стратегия трудно выполнима. Другой вариант принятие долгосрочной стратегии по увеличению числа семейных медсестер, для того чтобы не делать основной упор на терапевтов. В этом случае, конечная цель это уменьшение той части Z , которая представляет терапевтов, и увеличение той, которая их заменяет. Как следует из уравнения, уровень оплаты за эти заменители следует тщательно структурировать так чтобы $W \times Z$ для терапевтов и их заменителей не увеличивается.

В последние годы, увеличение затрат на фармацевтов является одной из движущих факторов увеличения затрат на здравоохранение. (Эффективность применения

фармацевтов является одним пунктом, требующих внимание). В условиях уравнения, доли P и Q представляющие фармацевтов увеличиваются, и наряду с этим увеличиваются доли W и Z для индивидуумов, связанных с фармацевтической индустрией, включая исполнительных директоров и акционеров транснациональных корпораций.

Учитывая, что оплата и страхование фармацевтов в большей степени финансируется не за счет государства во многих странах, и это означает, что UC или PI увеличиваются. Они могут продолжать делать так, принимая во внимание контроль над затратами в частном секторе систем здравоохранения. (Также существует интересный эффект который заключается в том, что система здравоохранения с течением времени стала более «частной» так как затраты на фармацевтов составляют значительную долю от общих затрат на здравоохранение. Это происходит несмотря на отсутствие структурных изменений между государственными и частными услугами.

Недавний опыт показывает, что существует перераспределение между различными типами Q – более в части фармацевтов и менее относительно других типов товаров и услуг в сфере здравоохранения – до тех пор пока среднее значение цены (P) на услуги не снизится. Вполне возможно представить снижение затрат на другие типы услуг (больничные услуги) что ниже их Ps, и тем самым показатель P'Q остается неизменным наряду с ростом показателей P и Q для фармацевтов. Однако, на практике это труднодостижимо. Перераспределение между типами услуг приводит к перераспределению доходов от поставщиков не фармацевтических услуг, и уменьшению W и Z, к поставщикам фармацевтических услуг.

Упражнение 1

Опишите, по крайней мере, одну реформу в сфере здравоохранения, которую в настоящее время собираются проводить в вашей стране. Опишите как она, по вашему мнению, повлияет на уровень расходов на здравоохранение. Как это отразится на доходной составляющей уравнения.

Упражнение 2

Сравните применение уравнения $\text{затраты} = \text{доход} = \text{прибыль}$ в экономике, где ресурсы доступные для здравоохранения сокращаются, с экономикой находящейся в стадии роста. Например, каковы различия и схожие черты в условиях эффектов перераспределения доходов при политических изменениях, их возможный эффект на уровень расходов и реальная доступность услуг в сфере здравоохранения.

Также, рассмотрим различия и схожие черты с точки зрения четырех различных групп пользователей учебных материалов: национальным и региональным политикам, управленцев в сфере здравоохранения, практиков и потребителей в сфере здравоохранения, и людей, которые заинтересованы и вовлечены в здравоохранение.

Литература

1. SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J., ED. *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (ISBN 92 890 1336 2)
2. EVANS, R.G. Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform. *Journal of health politics, policy and law*, **22**(2): 427–465 (1997).
3. EVANS, R.G. Coarse correction – and way off target. *Journal of health politics, policy and law*, **22**(2): 503–508 (1997).
4. EVANS, R.G. Financing health care: taxation and the alternatives. In: Mossialos, E., et al., ed. *2001 Funding health care options for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (European Observatory Series).

Дополнительная литература

CULYER, A.J. *Economics*. Oxford, Basil Blackwell Ltd., 1985 (Chapter 24: National income accounting).

EVANS, R.G. *Strained mercy: the economics of Canadian health care*. Toronto, Butterworths, 1984 (Chapter 1: Health and the use of health care).

GAYNOR, M. & VOGT, W.B. What does economics have to say about health policy anyway? A comment and correction on Evans and Rice. *Journal of health politics, policy and law*, **22**(2): 475–496 (1997).

PAULY, V. Who was that straw man anyway? A comment on Evans and Rice. *Journal of health politics, policy and law*, **22**(2): 467–473 (1997).

Proceedings of the WHO Conference on European Health Care Reforms, Ljubljana, Slovenia, June 1996. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.

RICE, T. A reply to Gaynor and Vogt, and Pauly. *Journal of health politics, policy and law*, **22**(2): 497–501 (1997).

3.3.2 ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ РЕФОРМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основные положения

- политики сталкиваются с дилеммой при реформировании систем здравоохранения и несовместимостью различных целей реформ, например, предоставление более широкого выбора услуг с одной стороны, и сокращение бюджетных расходов.

- политики и практики должны осознавать ограниченность их решений, основанных на анализе финансирования, регулирования и обеспечения;

- Затратосодержащая стратегия содержит рекомендации для плательщиков, потребителей и поставщиков. Стратегии относящиеся к методу оплаты поставщиков которые способствуют эффективности, методам разделения затрат, информации о ценах и отчеты по реализации, так же как усилия по сокращению административных затрат, находятся на обсуждении в контексте процесса реформ.

- эффективный подход к качеству в системе здравоохранения требует постоянного мониторинга эффективности реализации услуг, установление ряда индикаторов, системы обратной связи;

- административные реформы, стратегии сокращения издержек и инфраструктурные изменения необходимо анализировать с точки зрения финансовых вложений, а также ожидаемого уровня распределения и сбережений;

- для повышения эффективности, необходимо внести изменения в механизмы расчетов с поставщиками, потенциальное позиционирование рыночных элементов, роль incentive структур при обращении к поведению основных держателей со стороны спроса, роль потребителей;

- необходимо оценить, как взаимодействуют в процессе реформ различные экономические игроки и практики. А также оценить процесс принятия решений и построения консенсуса.

Заметки тьютора

Модуль можно применять для двух групп профессионалов: (i) высший персонал министерств здравоохранения и директора фондов здравоохранения

(ii) директора больниц, клиник и прочие практики в сфере здравоохранения. Первая группа выигрывает от изучения таких аспектов как: контроль над издержками,

качеством, финансы и финансовая реформа, повышение эффективности на макро уровне. Вторая группа будет с удовольствием изучать специфические аспекты (такие как структура затрат или бюджетирование) повлияют на их поведение.

- очень важно для обеих групп понять некоторые ключевые экономические понятия, такие как ограниченность ресурсов и альтернативные издержки, а также последствия тех решений, которые они могут принять. Например, можно в качестве упражнения им можно задать такой вопрос для обсуждения, чем они готовы пожертвовать для получения «дополнительных единиц прибыли».

- очень хорошая идея попытаться использовать ключевые моменты с учетом географических особенностей и специфики законодательства, например при общении с профессионалами из стран Восточной Европы (CIS)

- помимо изучения концепций и международного опыта, участники должны стараться мыслить стратегически с учетом тех условий, в которых они находятся. Также, упражнения (основанные на доступных эмпирических доказательствах) могут помочь перенести некоторый полезный опыт на ту ситуацию, которая решается в данный момент.

- список литературы в конце модуля должен быть адекватным, как правило тьютора и участники пользуются теми источниками, которые находятся на сайте European Observatory для тренировочных целей, для того чтобы привести сравнительный элемент в тренировочный материал.

Введение

Существуют два основных постулата, которые необходимо учитывать разработчикам политики при реформировании. Первый относится к тому факту, что большинство программ по реформированию систем здравоохранения содержат неточные определения недостатков системы и нечеткую формулировку политических целей. Реформаторы часто склонны противопоставлять политические цели, например, насколько можно пожертвовать эффективностью для достижения равенства; может ли эффективность быть достигнута только за счет ослабления контроля над издержками; как следует организовать контроль над затратами чтобы достичь равенства; и как incentives и затраты потребителей могут повлиять на поведение ключевых игроков. Например, Британское правительство не смущают оценки NHS внутренних рыночных реформ. Следовательно, эффекты покупатель-поставщик фондосодержащие госпитали мало изучены, с адвокатами которые рекламируют эти структуры по всему миру как успешные и оппонентами которые представляют их как неудачные. Ни адвокаты не оппоненты не имеют серьезных доказательств для своих аргументов. Часто, политическое решение является ключевым моментом для начала реформирования. Это показывает опыт рыночных реформ в Великобритании инициированный правительством консерваторов и 1997 «Национальная Служба Здравоохранения» реформы, инициированные лейбористским правительством.

Второй основной постулат относится к важности и к восприятию идей реформ от других стран, часто со значительной разницей в уровне социально-экономического развития. Если такой переход имеет место, необходимо учитывать национальные, экономические, политические, культурные, исторические и социальные тенденции для четкой постановки целей, таких как увеличение доступности услуг здравоохранения, сокращение издержек, разработка механизмов гарантий качества, и улучшение эффективности системы, посредством улучшения инфраструктуры.

Увеличение доступности здравоохранения

Для многих политиков и граждан, определяющей целью реформы здравоохранения является создание более унифицированный, гарантированный и эффективный доступ к здравоохранению и страхованию жизни и здоровья. Это вполне объяснимо. Миллионы людей могут быть не застрахованы или иметь недостаточный доступ к здравоохранению.

Многие боятся, что болезнь, решение работодателя сократить социальные льготы, или какое-либо другое событие может лишить их обеспечения услуг здравоохранения. Даже резкие шаги, например, смена работы, могут быть не предприняты из-за боязни потерять доступ к услугам здравоохранения. То, что было проблемой только для низкообеспеченных людей, становится проблемой для людей со средним уровнем дохода.

Прежде чем увеличивать доступность услуг здравоохранения, необходимо произвести анализ издержек. Такая двухшаговая стратегия реформы недооценивает те видимые издержки, которые не связаны с расширением, в особенности степень с которой недостаток универсального пакета услуг порождает искажения в затратах при том способе финансирования и обеспечения здравоохранения и способе принятия решений работодателями, работниками и другими. Эти перекосы выражаются в том, что пациенты не могут во время получить необходимую помощь (это случается, когда рабочий отказывается от лучшей работы потому, что то обеспечение услуг здравоохранения, которое предлагается на той работе, не является должным), другое явление – это смещение затрат (когда поставщики пытаются вернуть затраты на благотворительность и недополученные платежи от государства путем повышения цен для частного сектора).

Ожидается, что расширение доступности услуг здравоохранения будет связано с повышением расходов – как частных так и государственных – в краткосрочной перспективе.

Основными барьерами для расширения являются: финансовые, в особенности не существующие, не адекватные или страхование здоровья. Предложения реформ, относящиеся к расширению спектра услуг здравоохранения должны быть основаны на реальном понимании, что доступ к эффективным услугам здравоохранения более важен, чем деньги. Другие барьеры также требуют внимания. В переходных экономиках, в особенности, экономические проблемы определения адекватной страховой базы и ее поддержания являются ключевыми для обеспечения населения услугами здравоохранения.

Основные положения при увеличении доступности услуг, могут включать следующее:

- Все персоны, которые работающие или безработные, больны или здоровы, молодые или пожилые, должны иметь гарантии предоставления услуг здравоохранения. Специальное обеспечение необходимо предоставлять домохозяйствам или индивидуумам, которые не заняты в официальном секторе экономики, или находятся в положении самозанятости или заняты в первичном секторе. Необходимо, чтобы обеспечение было предоставлено рабочим и их семьям и тем, кто не занят в официальном секторе экономики.

- в независимости от того действует ли один страховщик или множество, унифицированный пакет услуг здравоохранения необходимо периодически обновлять. Пакет услуг должен включать услуги, которые будут способствовать улучшению здоровья. Для сглаживания неравенства предоставления услуг, основной пакет услуг или стандартный план должен быть понятным.

- Если планы по страхованию здоровья согласованы, политические меры должны быть направлены на снижение барьеров к первоначальным и последующим услугам (такие как ожидаемые периоды и ограничения по услугам для профилактики здоровья) для тех, кто меняет работу, неожиданно заболел, закончил получать государственную помощь, или столкнулся с какими-либо изменениями.

- требования, чтобы разделение затрат на предоставление помощи не ущемляло права людей с низким уровнем дохода.

- платежи, собираемые страховыми компаниями (с правительств, работодателей, работников и других источников), необходимо разграничить таким образом, чтобы распределение осуществлялось с учетом различий низкорисковых и высокорисковых клиентов. Соответственно, величина отчислений на оплату услуг здравоохранения

индивидуума не должна быть связана с уровнем его здоровья, возрастом, полом, видом занятости.

Упражнение 1

Почему предпринимают реформу? На каком основании отобраны приоритеты? Кто делает этот выбор? Как принимаются предложения об определенной реформе? Кто извлекает выгоду и кто платит? Кто решает?

Сокращение стоимости

Учитывая многие неотложные требования на конечных национальных ресурсах и быстром увеличении доли тех ресурсов, посвященных здравоохранению, высшие чиновники, предприниматели и обычные граждане должны быть заинтересованы и с полными затратами здравоохранения и с их быстрыми темпами роста относительно роста экономики. Проблемы стоимости были главным препятствием на пути усилиям расширения доступа к здравоохранению для тех, кто не застрахован или застрахован на низкую сумму. Высокие затраты на здравоохранение - также главный фактор роста беспокойства среди средних классов о достаточности их обеспечения здоровья.

Чтобы служить здоровью и доступу так же как целям сдерживания стоимости, политика, чтобы ограничить рост издержек должна быть основана на понятиях:

- ценность: как расходы здравоохранения соотносятся с достижением желательных результатов;
- допустимость: как расходы здравоохранения имеют отношение с индивидуальными и социальными ресурсами;
- равенство: как финансирование и распределение медицинского обслуживания затрагивают различные группы.

Для достижения этих целей, требуются инструменты управления над стоимостью и контроль структур, который должен поощрить и подчеркнуть человека, профессиональную и организационную ответственность. Детальные усилия по урегулированию цен, услуг и других аспектов ежедневной поставки здравоохранения несут два главных риска.

Сначала, некоторые профессионалы и поставщики здравоохранения, страховщики здоровья и потребители могут быть озабочены манипулированием системой вместо того, чтобы достигнуть более эффективного и эффективного медицинского обслуживания. Во вторых, такая манипуляция может вдохновить когда-либо более сложные и пространные правила, которые, в конечном счете, бросили бы вызов заметному управлению или подчинению даже наиболее хорошо информированными участниками.

Следующие определенные элементы политики должны иметь роль в стратегии для реформы здравоохранения, которая способствует сдерживанию стоимости.

- Движение к методам оплаты поставщика, которые поощряют эффективность и экономику в условии услуг здравоохранения так же как качества заботы и хороших результатов.

- Некоторое разделение стоимости среди пациентов.

- Лучшая информация относительно цен, качества и ожидаемых результатов медицинских услуг.

- Методы по качеству и обзору использования, которые помогают практикам, пациентам и другим, учатся, как фактическая забота соответствует критериям для соответствующей заботы и почему забота изменяется по эффективности и эффективности.

- Дальнейшее движение, чтобы стандартизировать много административных методов и устранить много затрат, связанных с огромным разнообразием составления счетов, оплаты, ревизии, сообщая и другой практики

Прагматическое соединение регулирования и стратегии рынка. Некоторая степень местной гибкости и усмотрения также желательна.

· Усилия уменьшать административные затраты, может в некоторых случаях, конфликт с усилиями собрать больше данных для того, чтобы контролировать доступ и качество, и образовательные и другие цели. Чтобы судить уместность административных задач и затрат состоит в том, оправданы ли затраты, которые они налагают, степенью, с которой они служат поставленным целям

Реформа должна отговорить страховщиков здоровья конкурировать на основе выбора риска, а не эффективного управления заботой и затратами. Предложения о реформе должны включить условия для стандартных пакетов выгоды, приспособленные риском платежа планам страхования от болезней (но не приспособленным риском индивидуальным премиям), специальные условия для очень высоких людей риска (например возмещаемые или отдельные объединения риска), контроль маркетинга и других методов плана здоровья, и подобных мер.

Упражнение 2

Как затраты здравоохранения могут содержаться? Как понятие сдерживания стоимости касается понятия микроэкономической эффективности?

Проверка качества

Предложения реформы здравоохранения должны стремиться поддерживать и улучшать здоровье и благосостояние всего населения, включая группы со специальными проблемами здоровья или доступа. В то же самое время, планировщики реформы должны проектировать и организовать политику и программы, чтобы усилить ценность расходов здравоохранения - то есть, что может быть достигнуто, в терминах здоровья и благосостояния людей и поселений, через расходы здравоохранения. Реформа должна быть осуществлена так, чтобы, расширяя доступ и сокращение издержек не должно привести к понижению качества системы здравоохранения.

Планы реформы могут достигнуть этих целей только с явным вниманием к качеству, которое включает определение, измерение, уверение и улучшение качества заботы. Ряд связанных с качеством принципов и политики для предложений реформы здравоохранения должен, поэтому, быть на повестке дня высших чиновников. Акцент на руководящих принципах практики из этих дебатов кажется неизбежным.

Посредством контекста, должны быть отмечены два главных изменения в медицинском обслуживании. Сначала, забота оценивается все более и более на основе ее процессов и результатов, а не на ее структурных аспектах, типа мандата профессионалов здравоохранения. Во-вторых, с появлением лучших методов исследования и компьютерной технологии, клиническая медицина становится большим количеством науки - и на основе информации. Эти два изменения должны уступить лучше и более рентабельная забота в будущем. Политика здоровья и пакеты реформы не должны создать стимулы, которые задерживают эти многообещающие события. В свете этого, повестка дня, которая сосредотачивается на качестве, включает следующие пункты.

-Предложения о реформе должны явно признать три центральных проблемы, к которым проверка качества и усилия по усовершенствованию должны обратиться: (i) использование ненужной или несоответствующей заботы, так же как сверхусловия иначе приспособляет услуги; (ii) под-использованием из необходимой, эффективной и соответствующей заботы, и (iii) ошибок в технических и меж-абонентских аспектах заботы.

- Предложения должны определить подход к проверке качества, которая будет значащей, эффективной и приемлемой для тех с долей в процессе.

В рассмотрении результатов, предложения должны предусмотреть использование широкого диапазона связанных со здоровьем мер качества жизни.

- Предложения будут должны отразить и беспокойство с качеством заботы, обеспеченной индивидуальными страховыми планами и практиков и внимание к качеству заботы поперек всей системы.

- Предложения должны согласиться с организационными структурами, процедурами и разделениями ответственности и сделать явные условия и для внутреннего и для внешнего контроля качества заботы.

- Проверка качества и программа усовершенствования, выделенная в предложениях должны включить определенные обязанности для того, чтобы идентифицировать и преодолевать систему и барьеры политики к улучшенной работе.

- Предложения должны передать под мандат ту проверку качества, и программы усовершенствования отслеживают эффекты определенных процессов сдерживания стоимости.

- Руководящие принципы практики - важный элемент реформы и связаны с уместностью заботы, в то время как в то же самое время они могут служить целям контроля за уровнем издержек, проекта пакета выгоды, нормирования, соревнования и администрации. Акцент должен быть помещен в развитие таких руководящих принципов, вовлекая все необходимые депозитарии спорного имущества. Проблемы согласия и клинической ревизии являются ключевыми для принятия и выполнения таких руководящих принципов клиницистами.

- Активное выполнение проверки качества и хороших клинических индикаторов практики требует адекватных инвестиций в информационных системах всюду по сектору здоровья, так, чтобы эффективный контроль практиков, действий больницы, управления бюджета и предписания, между прочим, мог быть выполнен.

- Формальный, несудебный механизм, которым люди могут высказать обиды и получить помощь, должен быть доступным для всех. Предложения о реформе здравоохранения должны передать под мандат дополнительную ответственность за проверку качества и программу усовершенствования, а именно, служить центром для жалоб потребителя.

Упражнение 3

Оценивая различные варианты реформирования здравоохранения преобразовывают то, что должны принять во внимание ключевые факторы? Как? Какое воздействие могло бы, экологические факторы или исторический контекст имеют на этих дебатах?

Реформа финансирования

Много шагов предложили улучшиться, доступ может ожидать, чтобы добавить существенные новые финансовые трудности для предпринимателей, правительств и некоторых людей (например, те, кто двигался от страховых объединений низкого риска до объединений среднего риска). Примет ли данная страна такие трудности и как они будут распределены - ясно политические решения. Высшие чиновники, возможно, нуждаются в достаточной популярной поддержке увеличенным налогам или страховым взносам, которые могут быть необходимыми защитить больше людей против финансового последствий плохого здоровья. Следовательно, финансирование политики будет под влиянием нескольких рассмотрений, включая аргументы эффективности и акцию.

Предложения о реформе должны переместить систему здравоохранения к большему количеству всеобъемлющих, эффективных, равноправных и прозрачных мер финансирования. Они должны быть основаны в реалистических оценках ожидаемых расходов и доходов и их распределения поперек популяционных групп.

Предложения о реформе здравоохранения должны явно:

· описывают ожидаемые источники финансирования и также их ожидаемый уровень в абсолютных сроках и в терминах покрытия всего населения;

- идентифицируют ожидаемый уровень, распределение и выбор времени сбережений, ожидаемых из административных реформ, стратегий сдерживания стоимости, изменений инфраструктуры и других условий

- оцените уровень, и распределение общественных и частных расходов (включая налоговые расходы) должно было осуществить предложение реформы в течение нескольких лет и заявить предположения, способы, данные и подобные элементы, используемые в развитии этих оценок;

- описывают финансирование не только для услуг здравоохранения но также и для основных элементов инфраструктуры здравоохранения, включая здравоохранение, исследование, образование и капиталовложения;

- удостоверьтесь, что проектирования доходов и расходов должны быть подвергнуты, чтобы рассмотреть и ревизовать независимыми, неправительственными источниками.

Упражнение 4. Улучшение инфраструктуры для эффективных изменений

Необходимые условия для эффективного проведения реформ в краткосрочной и долгосрочной перспективе должны быть рассмотрены. Для успешного проведения реформ необходимы условия, выходящие за рамки предложений по реформе, например, политическое лидерство страны и благоприятное состояние экономики. Необходимо, подготовить инфраструктуру для проведения реформы:

- управление и администрация, которые вовлекают преобразование уставов в инструкции, осуществление и механизмы оплошности, и другое общественное и частное действие, должны были осуществить реформы

- человеческий и физический капитал, который включает соответствующий уровень, соединение и распределение профессионалов здравоохранения, средств обслуживания и оборудования;

- развитие знания, то есть, исследования биомедицинского, клинического и медицинского обслуживания и систем данных здоровья, которые создают, соединяет, анализирует и распространяет информацию что практики, администраторы, потребители и потребность других непрерывно, чтобы улучшить здоровье и встретить другие цели реформы; и

- политика здравоохранения и программы, которые сосредотачиваются на сообществе, а не на личном медицинском обслуживании, которое является центральным беспокойством реформы здравоохранения.

Кроме того, другие элементы можно счесть частью административного аппарата, необходимого продвинуть цели реформы здравоохранения в дольше управляемый или продвигать другие важные социальные цели. Среди них, например, определение клинического злоупотребления служебным положением, создание лучших юридических ответов на клинические ошибки, и защиту секретности и конфиденциальности чувствительных терпеливых данных, которые проживают в машинных отчетах и базах данных.

- Пакеты реформы должны быть ясными и реалистическими о расписании, ожидаемом для полного выполнения. Контроль механизмов будет необходим, чтобы обнаружить неадекватное выполнение, непредвиденные отрицательные эффекты, и положительные результаты, на которые нужно построить.

- Любое предложение должен ясно дать понять, как с проблемами человеческой и физической поставки капитала и распределения будут иметь дело.

- Предложения должны описать политику и приоритеты, которые определяют роли различных поставщиков, включая медсестер и врачей, и параметры настройки, от которых они должны поставить заботу. Специфический акцент нужно дать первичным поставщикам заботы и как нехватка в таких клинических дисциплинах может быть преодолена и в коротком и в долгосрочная через изменения в методах оплаты за

практиков, образовательные программы, и усовершенствования привлекательности первичной функции заботы.

- Предложения должны включить определенный мандат для развития и продолжали поддержку всесторонних баз данных в области здоровья.

- должны быть предприняты шаги для упорядочивания статистики, в особенности путем построения прогноза развития национальной системы здравоохранения, что позволит вовремя обнаруживать проблемы по ходу проведения реформы;

- необходимо создавать сводные базы данных по пациентам, в том числе и для целей исследования услуг в сфере здравоохранения;

- должна быть поддержка тех исследований и мероприятий в сфере информационных технологий, если направление реформы быть признано удовлетворительным, в особенности в областях клинических исследований и услуг в сфере здравоохранения;

- необходимо приложить усилия для создания системы эффективной оценки технологий, влияния технических инноваций;

- необходимо усиливать взаимодействие между услугами здравоохранения, предоставляемыми на персональной основе и услугами общественного здравоохранения.

Упражнение 5

Какие основные факторы влияют на эффективность проведения реформ в сфере здравоохранения? Как обеспечить реализацию поставленных целей в долгосрочном периоде?

Эффективность и эффективность

Затратность определяется разницей между полученными результатами и затраченными ресурсами. Однако, оценка результатов процесс достаточно трудный. Часто трудно привязать затраты к определенным результатам, даже если результаты поддаются измерению. По большей части те же трудности возникают при расчете эффективности. Предварительные подсчеты производятся при разработке государственных программ и политических мер.

Как следствие трудностей возникающих при оценке действий правительства в направлении реформирования оценить эффективность проводимых процедур, не так важно, что производится, а как при этом ведут себя агентства. Затратность государственных агентств может быть определена путем измерения скорости, с которой предпринимаются те или иные действия или убедиться, что каждое решение проходит ряд этапов свойственных для данного процесса. Важный момент заключается в том, что цели могут быть разными, а оценка проводится процесса как такового, чем услуг, которые собираются произвести. Озабоченность измерения затратности через процедуры, могут, фактически привести к снижению эффективности для граждан.

Улучшение эффективности

Повышение эффективности часто является целью реформирования системы здравоохранения во многих странах за последние двадцать лет. Эффективность может быть макроэкономической и микроэкономической. Макроэкономическая предполагает, что затраты на здравоохранение не должны превышать приемлемую долю национальных ресурсов. Микроэкономическая предполагает, что услуги здравоохранения наиболее полно удовлетворяющие потребителей предоставляются по минимальной цене. Макроэкономическая эффективность может быть достигнута путем усилий политиков, направленных на то, чтобы расходы на здравоохранение не превышали определенную долю национальных ресурсов.

В то время как макроэкономическая эффективность более общая концепция, для достижения микроэкономической эффективности необходимо следующее:

Пять ключевых условий должно быть соблюдено на более децентрализованном уровне:

- снижение затрат на производство;
- обеспечение более высокого уровня удовлетворения потребностей пациентов;
- снижение транспортных расходов;
- снижение административных и управленческих расходов;
- повышение технологичности и улучшение организационной структуры для повышения производительности;

Меры, принятые на микро и макро уровне для повышения эффективности методов оплаты поставщиков, могут привести к повышению эффективности;

На макро уровне переход от командной строго контролируемой модели к модели государственных контрактов, предполагающей наличие конкуренции на рынке здравоохранения должно привести к повышению эффективности при соблюдении следующих условий:

- покупатели и продавцы являются государственными;
- профессионалы в сфере здравоохранения ведут себя как олигополисты;
- конфликт между потребительским выбором поставщика и третьесортным выбором лучшей покупки;
- уход от снятия сливок;
- поддержание качества обслуживания;
- следует обеспечить адекватное раскрытие информации для улучшения работы рынка;

рыночная конкуренция и где она должна иметь место – несколько условий приемлемы:

- способствовать тому, чтобы практики были ответственны за лечение своих пациентов;
- наличие конкуренции между страховщиками, хотя это вынуждает прибегать к регулированию;
- для обеспечения конкуренции между поставщиками, следует отделять поставщиков от покупателей;
- поощрять развитие частных больниц для повышения эффективности на микроуровне через развитие инноваций и уменьшение бюрократического контроля;
- проведение мер способствующих повышению гибкости системы здравоохранения через развитие альтернатив госпитальному лечению

Упражнение 6

Как наиболее подходящим образом использовать накопленные знания, и систему мониторинга и оценки при проведении реформ в сфере здравоохранения?

Проведение/финансирование реформ в центральной и восточной Европе

Многие страны при переходе от социализма отвергли модель Семашко и приняли модель Бисмарка. Централизованная модель налогообложения контролируемая государством (модель Бевериджа) не была политически приемлемой, вместо этого социальное страхование выглядит как наиболее подходящий выбор. Большинство стран приложили усилия, чтобы эта модель работала в период резкого падения темпов экономического роста.

Тем самым, те возможности которые были описаны и проанализированы в предыдущих разделах могут быть использованы для обсуждения реформирования здравоохранения в странах Восточной Европы, аспекты которые имеют место в большинстве этих стран могут быть рассмотрены.

Упражнение 7

Каким образом размер неформальной экономики, рабочая сила, занятая в сельском хозяйстве и величина взносов влияют на социальное страхование как главный источник финансирования?

Каковы показатели эффективности и справедливости в секторе здравоохранения в целом в случаях, когда услуги здравоохранения гарантированы для какой-то группы населения (например, как в Латинской Америке)?

Какие трудности возникают при разных системах управления государственной/частной собственностью?

Какие системы регулирования и администрирования являются наиболее успешными?

Проанализируйте насколько успешным был процесс децентрализации в странах Восточной и центральной Европы, и как работали местные фонды страхования на практике?

Список литературы

ADAY, L.A. ET AL. *Evaluating the medical care system: effectiveness, efficiency, and equity*. Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1993.

FIELD, M.J. ET AL., ED. *Assessing health care reform. Committee on Assessing Health Care Reform Proposals, Institute of Medicine*. Washington, DC, National Academy Press, 1993.

MAYNARD, A.K. & BLOOR, K. Introducing a market to the UK National Health Service. *New England journal of medicine*, **344**(9): 604–608 (1996).

MOSSIALOS, E. & LE GRAND, J., ED. *Health care and cost-containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate Publishing Limited, 1999.

The reform of health systems: a review of 17 countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1994 (OECD Health Policy Studies No. 5).

SALTMAN, R., ET AL., ED. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.

Individual country case studies from both EU countries and the rest of Europe can be downloaded from the web page of the European Observatory for Health Care Systems <http://www.euro.who.int/observatory/TopPage> (accessed 6 November 2002).

3.3.3 ПЕРЕХОДНЫЕ ЭКОНОМИКИ

Основные положения

- экономические принципы командной и рыночной экономики значительно отличаются;

- основные аспекты при формировании политики в странах с переходной экономикой обсуждаются и анализируются в связи со структурной, политической и экономической и социальной трансформацией;

- экономической кризис в России породил много негативных последствий таких как снижение объемов производства, рост инфляции, рост безработицы, бедности, что в конечном счете приводит к росту алкоголизации населения и значительному ухудшению здоровья;

- Ограничения в информационных источниках и проблемы существующие с временными трендами выходят на первый план, когда рассматриваются изменения в уровне затраченных ресурсов и полученных результатов;

- изменяющаяся роль правительства в странах с переходной экономикой имеет широкий спектр показателей, в том числе и для сферы здравоохранения;

- переход от государственной бюрократической системы к страховой накопительной системе оценивается критически, особенно в связи с качеством услуг,

доступом к услугам здравоохранения показателями эффективности и финансовой поддержкой реформ;

Заметки тьютора

Принимая во внимание сложность предмета, при изучении используется большой массив материала. Тьюторам следует дополнять материал кейз-стадиз. Аудитории необходимо ознакомиться с некоторыми инструментами экономического анализ таких как представлены в модуле 5.4.1 Экономическое моделирование и прогнозирование.

Введение

Задача модуля заключается в обсуждении основных положений экономики здравоохранения в странах с переходной экономикой. Термин «переход» используется для описания структурной, политической, экономической, социальной трансформации, которая имеет место в пост-коммунистических странах восточной Европы и оценить как эти изменения отразились на системе здравоохранения.

Изменения в системе здравоохранения могут негативно или позитивно отразиться на других секторах. Социалистическая система здравоохранения удачно справлялась с такими задачами как вакцинация населения, снижение смертности от инфекционных заболеваний и эпидемий.

Неизбежно модель основана на ограниченном числе факторов. Реальность гораздо сложнее, учитывая специфику многих стран. Было признано, что не все факторы учитываются в моделях.

Некоторые моменты стоит подчеркнуть. Во-первых, многие страны центральной и восточной Европы не определились четко какая экономическая и политическая система им нужна. Во многих случаях они находятся в поиске. Прошлые и текущие результаты, могут, однако, влиять на их будущее через отношение, ожидания, так же как посредством таких факторов как финансовые ресурсы, квалифицированная рабочая сила и знания. К примеру, недостаток опыта в рыночных системах может привести к нереалистичным ожиданиям, недоформированию структур а также опущению ряда возможностей.

Во-вторых, модуль в основном рассматривает общественный сектор на уровне национального государства. Фактически, сборы могут проводиться в целях общества в здравоохранении и других отраслях с помощью региональных, общественных, благотворительных организаций.

В-третьих, демографические и эпидемиологические процессы, которые имеют место в центральной и восточной Европе не отражают общую структуру развития здравоохранения.

В-четвертых, существует проблемы связанные в целом с процессом перехода. К примеру, может неожиданно возникнуть дефицит ресурсов, и в то же время появится возможность приобрести дорогие лекарства и медицинское оборудование. Начиная с 1989 года наблюдаются такие резкие колебания, которые отражаются на процессе перехода в целом. Во вновь образовавшихся государствах переход от командной экономики к рыночной привел множеству проблем в странах, которые имели высокую степень зависимости от финансирования московских властей. Модель Леонтьева, с помощью которой рассчитываются производство и распределение, оставляет мало возможностей для экспорта в другие страны. Экономический кризис в России породил много негативных последствий, таких как снижение объемов производства, рост инфляции, рост безработицы, бедности, что привело к ухудшению общего состояния здоровья населения.

Во вновь образовавшихся странах (ВОС) уровень инфляции достигал 349% к 1995 году, а объем производства сократился при этом вдвое. В 1993 году наиболее высокие показатели инфляции наблюдались на Украине (4735%), Армении (3732%) и Туркменистане (3102%). В 1994 наибольший рост цен имел место в Грузии (15606%) и Армении (5273%). К концу декады, в 2000 году, цены колебались в районе 28% на

Украине, 10% в Туркменистане, 4,4% в Грузии, и -0,2% в Армении. Пик роста бедности в России приходится на июль 1992 года, затрагивая при этом 46% в возрасте до 15 лет. Экономический спад привел к значительному сокращению финансирования здравоохранения и социальной сферы. Например, государственные расходы на здравоохранение с 5,5% от ВВП в Туркменистане в 1988 году до 2,8% в 1994 году. Значительный рост детской смертности имел место в период с 1989-1993 в России (с 17,8 до 19,9) Казахстане (с 25,6 до 28,1) Таджикистане (с 43,2 до 47), Азербайджане (с 26,2 до 28,2) Украине (с 13 до 14,9) и Босния-Герцеговина (с 18,4 до 22,7)

Сравнительный анализ может помочь проанализировать изменения в сис теме здравоохранения и ресурсах среди различных групп стран. При анализе рекомендуется пользоваться источниками ВОЗ, Всемирного Банка и ООН. Двадцать два члена ВОЗ классифицируются как страны с переходной экономикой, составляющей 7% населения мира.

Плановая экономика и рыночная

Так как ресурсы при любой экономической системе ограничены, будь то коммунистическая, социалистическая или капиталистическая политики, производители и потребители должны принять решение относительно следующих вопросов.

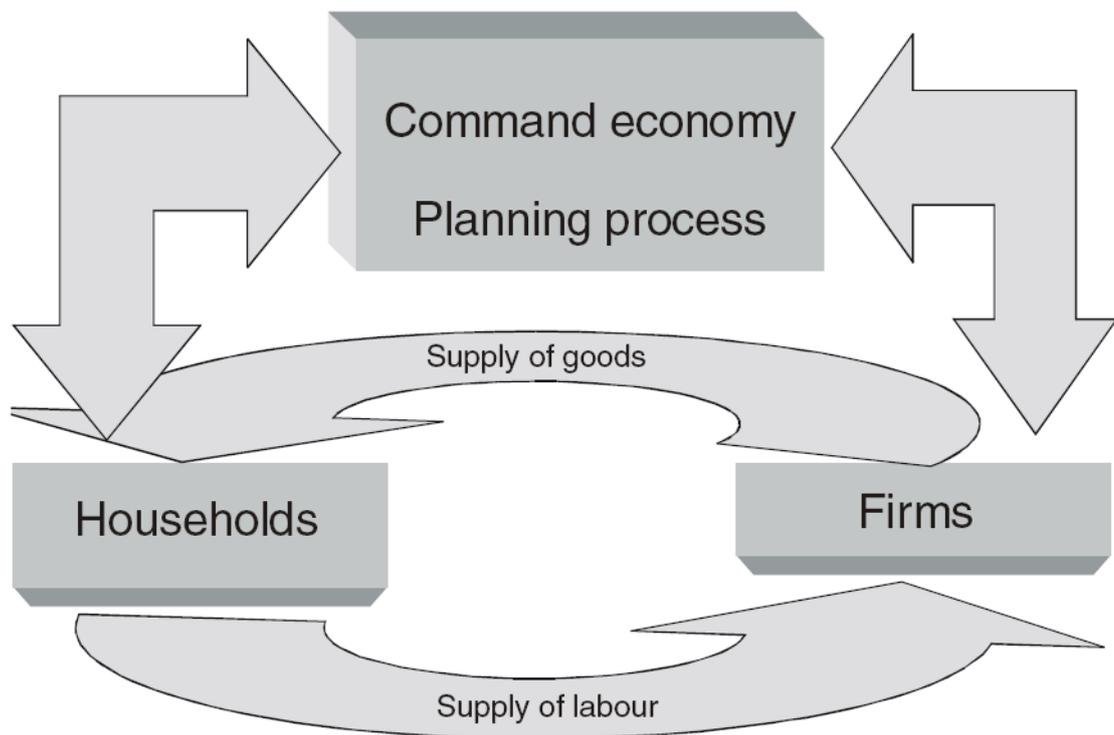
1. Какие товары и услуги следует производить и в каком количестве? Например, сколько должно быть койко-мест в больницах, центров здравоохранения? Каково должно быть соотношение между государственным и частным здравоохранением?

2. Как следует организовать производство товаров и услуг в сфере здравоохранения? Например, какие технологии и ресурсы следует задействовать при производстве товаров здравоохранения для общества?

3. Для кого следует производить? Для пожилых людей? Для молодых? Для богатых или для бедных?

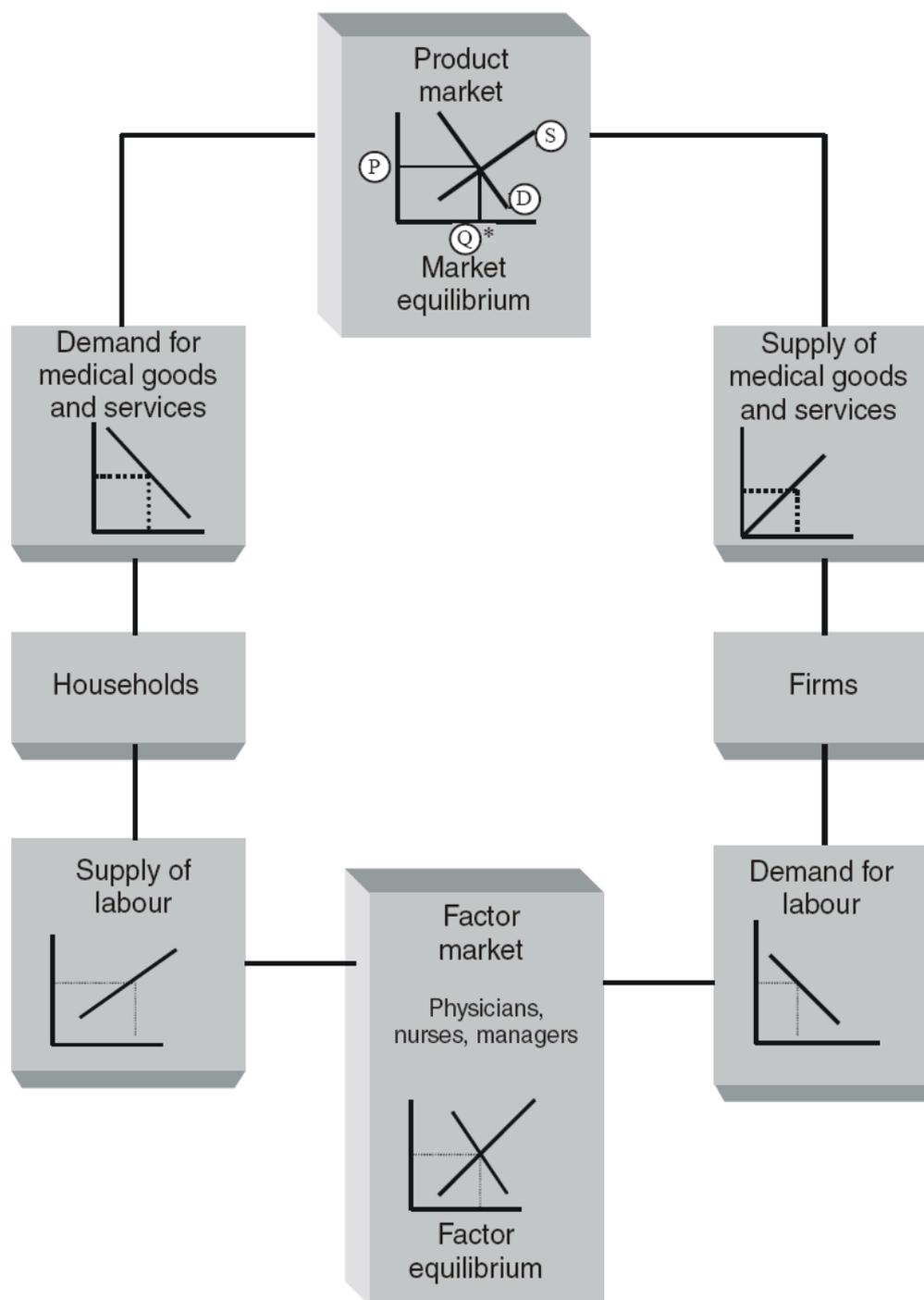
Однако значительная разница в экономических системах порождает множество вопросов. Например, в плановой или командной экономике правительство или центральный плановый комитет являются ответственными за принятие решений. Факторы производства земля и капитал находятся в государственной собственности. Процесс удовлетворения потребностей потребителей является предопределенным со стороны того комитета, который ответственен за распределение ресурсов. Рис. 1 представляет трехстороннюю взаимосвязь между государством, производителями и потребителями. Модель Леонтьева используется для определения объема производства и затраченных ресурсов. То, что произведено в одном секторе может быть использовано в качестве ресурсов в другом секторе.

Fig. 1. The process of a command economy



Другой пример отражает систему свободного рынка, которая ассоциируется с капиталистической системой (рис.2). Эта система предполагает минимальное вмешательство государства в экономику и решения принимаются производителями и потребителями. Потребители стремятся максимизировать полезность и производители прибыль. Модель свободного рынка предполагает достижения оптимального распределения ресурсов, которое достигается путем доступа потребителей к информации, отсутствием неопределенности, мобильность факторов производства.

Fig. 2. The free market system



Однако, как показывает система здравоохранения, рынок сам по себе не способен к оптимальному распределению ресурсов по ряду причин: внешние эффекты, такие как смерть от инфекций, социальные и исторические аспекты такие как запрещение ряда лекарств, наличие неопределенности при заболеваниях, асимметрия информации между врачами и пациентами, монополистические тенденции.

В реальности, в большинстве случаев системы здравоохранения функционируют на принципах смешанной экономики, когда решения принимаются частично государством и частично частным сектором.

Упражнение 1

При переходе от плановой экономике к рыночной, где большую роль играют рыночные силы и система управления государством строится на принципах демократии необходимо учитывать следующие особенности:

- какие эффекты могут быть достигнуты, если приоритет будет отдан здравоохранению?
- какие показатели следует использовать для оценки эффективности и равенства?
- какова роль теневой экономики и издержек, которые она порождает в краткосрочном и долгосрочном периодах?

Политический и экономический переход

Переход

Раздел рассматривает взаимосвязь между экономическими и политическими изменениями, которые имели место при переходе в странах за период с 1989 по 2000 годы. Акцент делается на макроэкономические показатели (объем производства, инвестирования, уровень инфляции, безработицы) и микроэкономические последствия, вызванные либерализацией цен. Другие аспекты, такие как теневая экономика и коррупция обсуждаются кратко.

В послевоенный период многие Европейские страны столкнулись со значительными экономическими и социальными изменениями. В странах центральной и восточной Европы падение берлинской стены в 1989 году ознаменовал новую эру которая означала значительные политические и экономические трансформации и переход к рыночной экономике. Свободные выборы привели к демократическим изменениям в Чешской Республике, бывшей Югославской Республике, Македонии, Венгрии, Польше и России. Введение многопартийной системы означала крушение социализма.

В сфере экономики значительные изменения наблюдаются не только в странах с переходной экономикой, но также среди слоев населения в этих странах. В более продвинутых странах после проведения либерализации, удалось добиться макроэкономической и провести институциональные преобразования. В менее развитых странах приватизация и либерализация тормозилась несовершенством законодательства прежнего коммунистического режима.

Макроэкономические результаты

В период 1990-2000 изменения, происходящие в переходных экономиках привели к изменениям экономике в целом. Произошел переход от командной экономики к более современной, динамичной, и конкурентной системе. Неизбежно изменилась структура ВВП из-за значительных изменений в процессе производства и утилизации факторов производства. В новой системе упор стал делаться на качество продукции и благосостояние покупателей.

Спрос на новые факторы производства изменил структуру рынка труда и капитала. Были инициированы новые технологические и инвестиционные программы. На рынке труда возрос спрос на новые кадры, что привело к росту безработицы. В результате возросла бедность, преступность, алкоголизм.

Неравенство особенно возросло в странах Восточной Европы и странах бывшего СССР. В России количество людей живущих за чертой бедности возросло с 2 млн. в 1987 году до 66 млн. к 1995 году.

Данные изменения сопровождалось изменениями в расчете объема производства. Произошел переход к системе национальных счетов, который обычно используется в рыночной экономике.

В период перехода снижается объем производства, что отражается на росте ВВП. Однако, уровень снижения объема производства и годовые темпы роста различаются в странах с переходной экономикой. На рис.4 показаны годовые темпы роста независимых стран и стран Балтики с 1989 по 1999 годы. После отрицательных темпов экономического роста, который имел место в первые годы, в середине 90-х произошло некоторое восстановление. В 1996 году темпы экономического роста в Латвии, Польше и Словакии достигали 6%, но несколько меньше в Чехии и Венгрии.

Fig. 3. Issues in the political and economic sphere

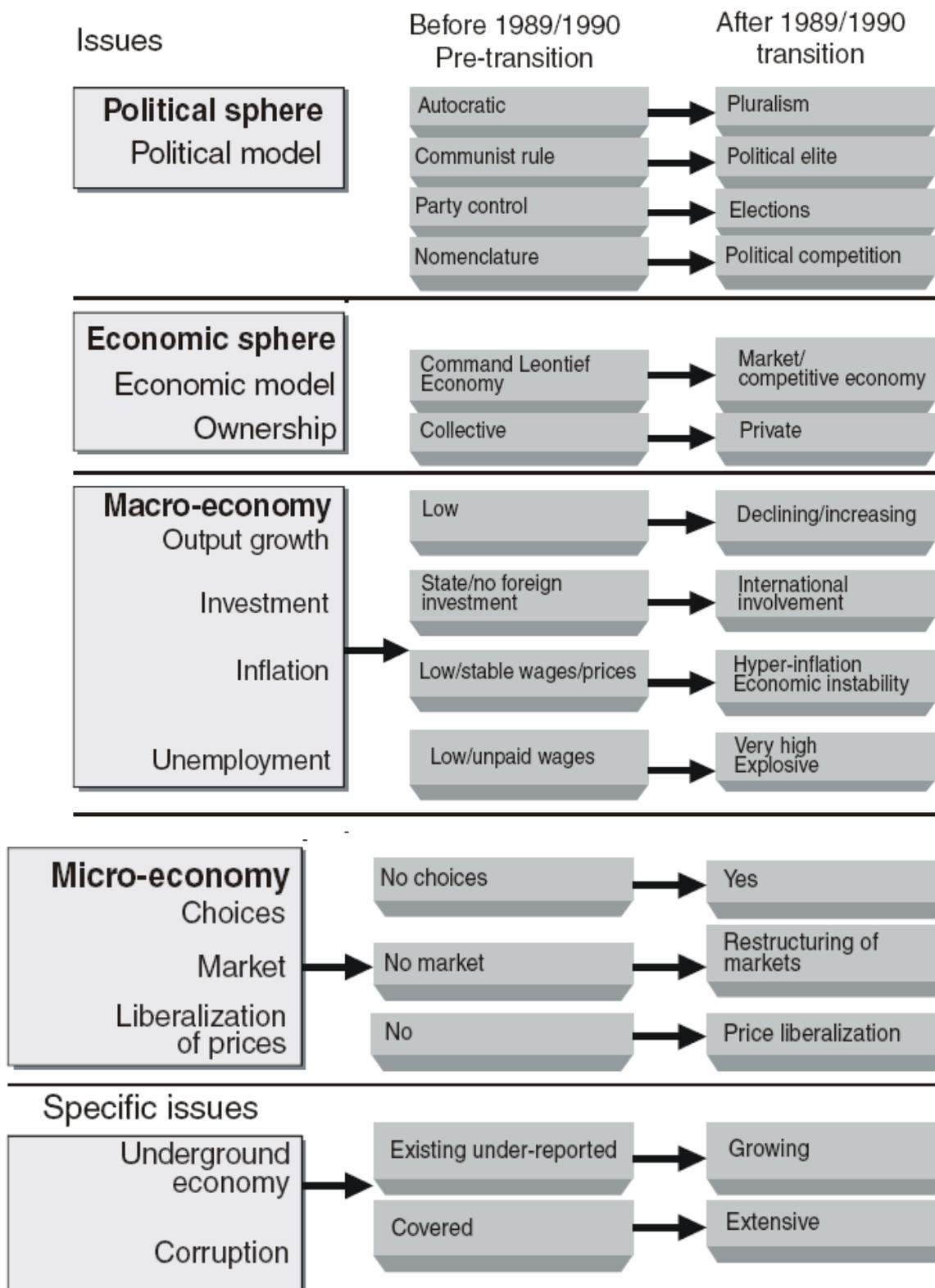
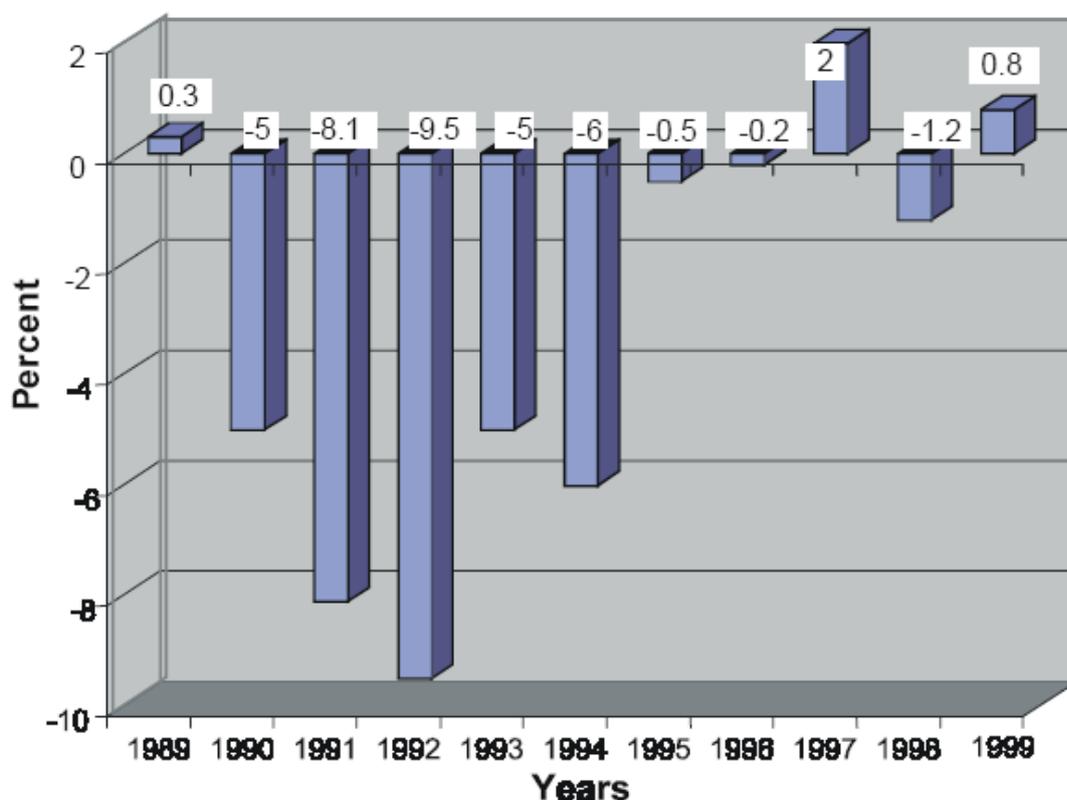


Fig. 4. Growth rate in real GDP in the Baltic States and the CIS



Микроэкономические перспективы

Для достижения устойчивого экономического роста, либерализация должна сопровождаться институциональными изменениями. На первом этапе перехода старые масштабные производственные комплексы подвергаются изменению из-за технологических изменений, изменений в управляющем составе. Резкое снижение объемов производства привело к массовой безработице, социальному неравенству. В последующем в переходной экономике появляются новая рабочая сила, привлекаются иностранные инвестиции, восстанавливается объем производства. Появление на рынке новой продукции приводят к росту конкуренции.

В период перехода возрастает роль государства. Политики и управленцы сталкиваются с серьезными изменениями системы управления – переход от плановой бюрократической системы к рыночной. Новое законодательство направлено на продвижение реформ направленных на развитие рынков и частных предприятий. Однако степень государственного вмешательства в экономику в странах с переходной экономикой отличается от страны к стране. Во многих случаях процесс перехода сопровождается ростом теневой экономики и коррупции.

Упражнение 2

До какой степени ситуация в вашей стране (а) подобна, и (б) отлична от широкой картины, изображенной в модуле, и конкретных аспектов, которые там выделены?

До той степени, в которой имеются различия, какие последствия они имеют для:

- приоритета, уделяемого здравоохранению по сравнению с другими социальными целями

- эффективности и беспристрастности в здравоохранении
- возможности для межотраслевого действия
- отношения между официальными и нелегальными секторами в здравоохранении?

Рассмотрите подобию и различия в отношении:

- процессов перехода
- конечной точки, на которую переход направлен – существует ли в действительности какая-либо такая точка?

Реформы здравоохранения

В этом разделе проанализированы проблемы, касающиеся экономики здоровья в переходных экономиках, в отношении принятия решения, управления, целей здравоохранения, развития ресурсов и финансирования системы. Особенности традиционной модели здравоохранения Семашко проанализированы и сопоставлены с реформами здравоохранения, осуществленными после 1989 года. Таблица 1 отражает изменения, произошедшие после 1989 года в различных областях системы здравоохранения.

Потребность в реформе здравоохранения

Потребность осуществлять реформы здравоохранения в странах, пребывающих в переходном периоде, может быть приписана следующим причинам:

- крах Советского Союза и последовательный политический, экономический и социальный кризис
- переход от управляемых государством к рыночным системам
- новые социальные риски, связанные с экономическим кризисом (безработица и бедность)
- снижение жизненного уровня
- увеличение неравенства в распределении дохода
- высокий уровень бедности и исключения из социальной сферы
- возрастающий процент хронического алкоголизма, преступности и курения
- больше зарегистрированных случаев наркомании и СПИДа.

Многочисленные эмпирические исследования документировали отрицательное воздействие вышеупомянутых факторов на здоровье людей.

В этих странах была зарегистрирована острая деградация в состоянии здоровья с момента начала переходного периода. Продолжительность жизни продолжала уменьшаться в течение целого десятилетия, и ныне она остается значительно ниже уровня стран Европейского союза. Младенческая и перинатальная смертность демонстрируют подобный отрыв по сравнению с западноевропейскими обществами. Существенно увеличился процент распространения туберкулеза и других инфекционных болезней.

Начиная с первой стадии переходного периода, недавно ставшие независимыми государства и страны центральной и Восточной Европы начали более тщательно оценивать последствия ситуации со здоровьем и критически обсуждать инновационные направления реформы. Многим аспектам реформ, проведенных в этих странах, пришлось последовать по пути, отличному от того, который наблюдался в Западной Европе. Последние уже достигли высокого уровня последствий для здоровья и поскольку доля валового внутреннего продукта, выделяемого на здравоохранение, превышала 8 %, были введены контроль за уровнем издержек и политика сдерживания затрат с тем, чтобы управлять затратами.

Таблица 1. Экономические проблемы, связанные со здоровьем в переходных экономиках

Проблемы		До 1989/1990 года	После 1989/1990 года
1. Принятие решения		Централизованно	Симптомы децентрализации и регионализации (Санкт-
2. Управление		Управляемая государством	К системе, управляемой внутренним рынком
3. Цели	<ul style="list-style-type: none"> • Действенность • Эффективность 	<p>Низкая Не оценена</p> <p>Акцент на распределении услуг на душу населения</p>	<p>Возрастающая</p> <p>Некоторые эффективные по затратам виды терапий</p> <p>Проблемы с уязвимыми группами, престарелыми, белыми.</p>
4. Ресурсы	<ul style="list-style-type: none"> • Врачи • Медсестры • Койко-места 	<p>Переизбыток/гл., обр. специалисты низкая производительность, отсутствие стимулов</p> <p>Переизбыток</p>	<p>Тенденции к снижению</p> <p>Тенденции к снижению</p>
5. Финансирование	<ul style="list-style-type: none"> 1. государство 2. область 3. мед. страхование <p>Общественное:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Частное страхование 	<p>Да</p> <p>Да</p> <p>Нет</p> <p>Нет</p> <p>Нет</p>	<p>да</p> <p>да</p> <p>да</p> <p>да</p> <p>да</p>

Страны, находящиеся в переходном периоде, которые противостояли увеличивающейся смертности и снижению продолжительности жизни, приняли более экспансионистскую модель. Они стремились увеличивать свои низкие уровни расходов на здравоохранение как в абсолютных величинах, так и в процентном выражении от валового внутреннего продукта.

Однако, было очевидно, что расширение должно осуществляться на рентабельной основе и равноправным путем. Новые методы управления и экономическая оценка рассматривались как адекватные инструменты для отслеживания изменения и содействия принятию решения. В первой фазе проведения реформ здоровья главная цель состояла в том, чтобы отойти от бюрократической контролируемой государством системы, основанной на принципе государственной монополии, и постепенно развивать более плюралистическую сеть общественных и частных страховых инициатив, финансируемых из общественных и частных источников.

Предоставление услуг

Традиционная модель Семашко была основана на следующем максималистском принципе:

- большие больницы, часто с числом койко-мест, превышающим 1000;
- очень большое количество средств обслуживания; большое количество врачей с очень низкими зарплатами (намного ниже, чем государственные служащие); и
- большое количество медсестер с низкими зарплатами и низким образованием.

Неизбежным результатом было низкое качество услуг, низкая производительность медицинского обслуживания, отсутствие стимулов больше производить и незаконные платежи медицинскому персоналу.

Отсутствие передовой медицинской технологии, в сочетании с нехваткой экономистов и администраторов, работающих в системе здравоохранения, внесли свой вклад в большую неэффективность в предоставлении услуг.

В процессе реформы наблюдалось много положительных изменений:

- внедрение децентрализации принятия решений;
- разработка новых методов управления;
- изменения в собственности на средства обслуживания в здравоохранении;
- приватизация в первичных услугах по медицинскому обслуживанию;
- крупномасштабная приватизация, проведенная в фармацевтическом секторе;
- приватизация маленьких больниц;
- сокращение количества кроватей в клиниках;
- внедрение усовершенствований в медицинских технологиях в больницах;
- существенное увеличение применения экономики здравоохранения и управления в медицине;
- развитие квазиавтономных фондов страхования на случай болезни.

Широко признается, что значительный прогресс был достигнут в течение прошлого десятилетия в сторону большей рентабельности и улучшений с точки зрения эффективности.

Финансирование

Проблемы финансирования исследуются здесь в контексте изменяющегося сочетания общественного и частного в системах здравоохранения в переходных экономиках. Важная роль общественного сектора в финансировании медицинского обслуживания часто обсуждалась в литературе, посвященной экономике здравоохранения согласно теории общественных товаров и трудностей на рынке труда. Частные товары (такие как персональное медицинское обслуживание) с существенными экстерналиями, и где существовал значительный коллективный интерес, могли бы также быть субсидированы всенародно. В отношении частных товаров с исключительными личными выгодами, такими как косметическая стоматология, часто утверждалось, что человек должен нести ответственность за то, чтобы покрыть стоимость. Отчеты Организации Экономического Сотрудничества и Развития, Международного Банка и Всемирной Организации Здравоохранения показывают, что во всех странах мира имеются общественные и частные инициативы в здравоохранении. Ключевой вопрос заключается в оптимальных пропорциях общественного и частного участия в секторе здравоохранения, чтобы обеспечить эффективность в использовании ресурсов и равноправный доступ к определенному спектру услуг для всех граждан.

Страхование здоровья было предложено как метод предоставления услуг рентабельным способом, потому что оно уменьшает полные риски, нарастающие в обществе, путем объединения всех рисков. Страны, находящиеся в переходном периоде, осуществили реформы в области здравоохранения, направленные на введение обязательного страхования здоровья и отделение государственных бюджетов от вкладов работодателей и служащих, выплачиваемых непосредственно в страховые фонды.

Различные формы страхования здоровья были внедрены или находятся в процессе реализации, как в Болгарии и Румынии. В некоторых странах обязательное страхование здоровья было введено с охватом всего населения, тогда как в других (например, Албании), страхование здоровья охватывает только часть населения.

Механизмы финансирования также представляют много несхожестей. Например, в Эстонии была введена система сбора налогов, которая основана на контрактах между страховыми агентствами и налоговыми властями. В Польше все страховые взносы, охватывающие здоровье, пенсии и пособия по безработице, собираются страховыми агентствами.

Был обнаружен ряд проблем, связанных со сбором страховых взносов. Изменения в статусе занятости создали неопределенность для многих застрахованных. Ряд стран заявили о значительных проблемах, возникающих при сборе взносов, даже с рабочих, которые были наняты в больших индустриальных комплексах и в успешных предприятиях. В Венгрии несколько страховых фондов обанкротились и никогда не погасили своих долгов.

Роль государства

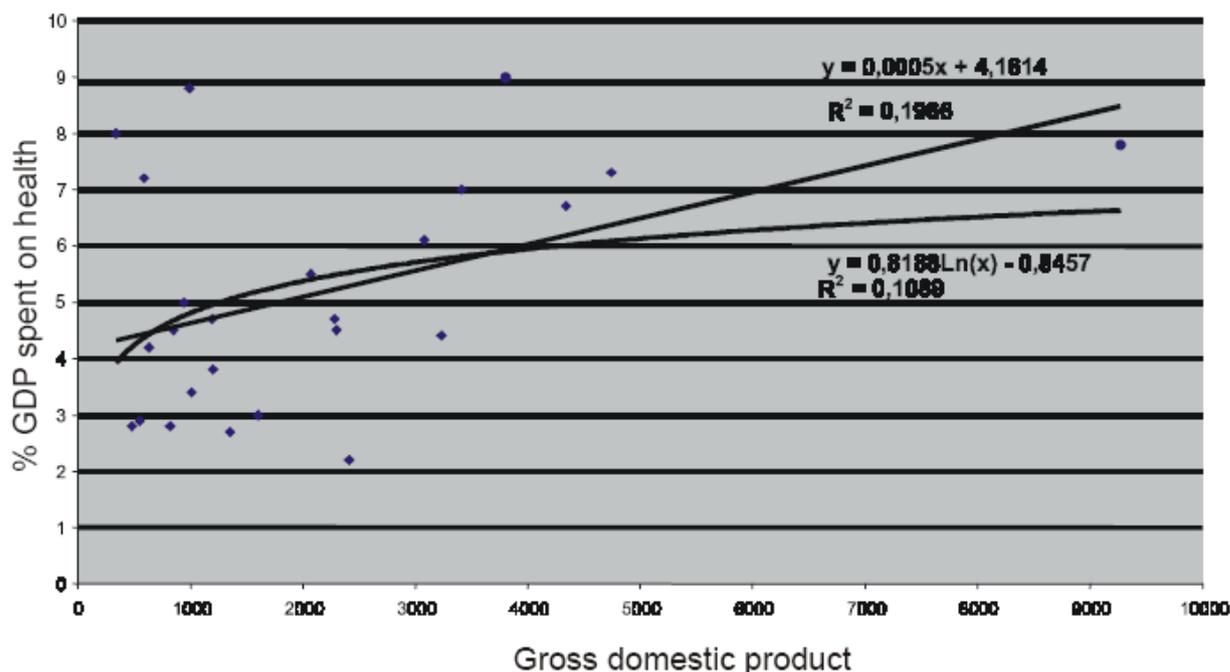
Несмотря на изменения, участие государства в финансировании медицинского обслуживания осталось существенным. Формы вмешательства государства значительно отличаются в разных странах. В большинстве стран с переходной экономикой (например, Чешской Республике, Польше и бывшей югославской Республике Македонии) государство действует образом, который является дополнительным к страховой системе, и обязуется покрывать страховые взносы для некоторых уязвимых групп, таких как престарелые, безработные и бедные. В других случаях роль государства более ориентирована на бедных и нуждающихся, предоставляя им минимальный пакет услуг здравоохранения. Очевидно, что, из-за проведенных реформ и появления платных услуг в больницах и первичном здравоохранении, бедняки и безработные, которые составляют высокую долю населения (приблизительно 20-35 % в большинстве этих стран) не могут позволить себе оплатить более высокие затраты по медицинскому обслуживанию. В результате они были исключены из системы здравоохранения. В некоторых странах, таких как Албания и Латвии, правительство ввело минимальный пакет здравоохранения для незастрахованных, чтобы обеспечить покрытие их главных потребностей. Недавний опыт показывает, однако, что во времена экономического кризиса устойчивость таких систем может стать неуверенной.

Расходы

Имеются проблемы в оценке тенденций в расходах на здравоохранение в странах, находящихся в переходном периоде, потому что существующих источников недостаточно, а данные не являются полностью сопоставимыми. Несмотря на это, сделана попытка установить некоторые международные сравнения между этими странами. В литературе, касающейся экономики здравоохранения, часто утверждалось, что доля валового внутреннего продукта, выделяемого на здравоохранение, повышается с экономическим процветанием страны. Следовательно, более богатые страны имеют тенденцию тратить на здравоохранение больше, чем менее развитые.

На рис. 5 представлено отношение между валовым внутренним продуктом на душу населения и долей валового внутреннего продукта, выделяемого на здравоохранение, для переходных экономик. Исследуются и линейная, и логарифмическая форма с тем, чтобы аппроксимировать вышеупомянутые отношения. Коэффициент двойного логарифмического уравнения дает величину эластичности дохода в размере 0.82. Логарифмические отношения используются с тем, чтобы исследовать существование сокращающихся доходов в масштабе процесса экспансии расходов на здравоохранение. Эта гипотеза часто поддерживается тем фактом, что, по мере повышения валового внутреннего продукта, внедряются более рентабельные методы, чтобы достигнуть более эффективного использования ресурсов. Например, в случае Чешской Республики, доля валового внутреннего продукта, выделяемого на здравоохранение, увеличилась с 5% в 1990 году до, приблизительно, 8 % в 1994 году. После введения мер контроля затрат, доля валового внутреннего продукта, выделяемого на здравоохранение, упала до 7,3 %. Подобные структуры расходов наблюдались и в других европейских странах.

Рис. 5. Отношение между валовым внутренним продуктом на душу населения и процентом от валового внутреннего продукта, выделяемого на здравоохранение в переходных экономиках

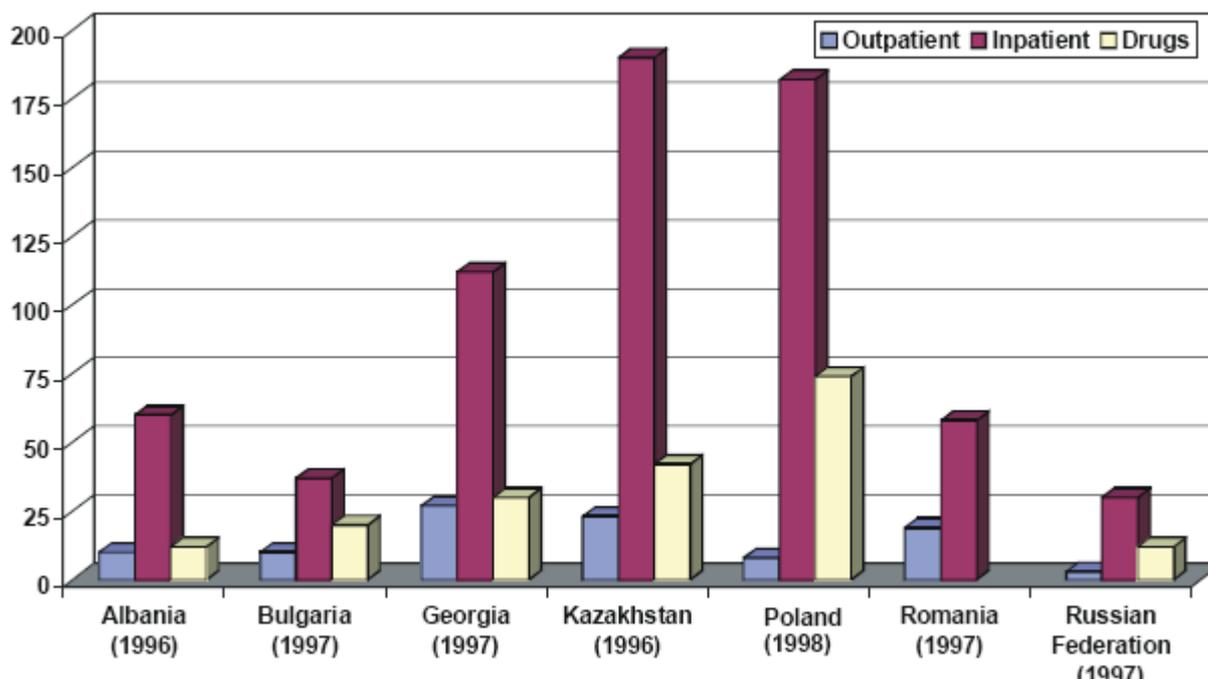


Процент ВВП, выделяемый на здравоохранение в странах, пребывающих в переходном дает возможность разделить их на две обширные группы. Первая группа включает более богатые страны (Хорватия, Чешская Республика, Венгрия, Словакия, Словения и бывшая югославская Республика Македония), которые тратят более высокую долю своего ВВП (6-8 %) на здравоохранение. Эти страны проводили экономические и социальные реформы на ранней стадии своего переходного процесса. В секторе здравоохранения изменения на ранней стадии от государственной системы до систем на основе страхования финансировались налогом на заработную плату, вносимым на продолжительное развитие. Вторая группа включает страны с отсроченными реформами здравоохранения, такие как Албания, Болгария, Латвия, Польши и Румыния. Они тратят приблизительно 3-5 % своего валового внутреннего продукта на здравоохранение.

Нелегальная экономика

Роль частного сектора в финансах и предоставлении медицинского обслуживания увеличилась во всем мире. Хотя отсутствует какая-либо согласованная методология для того, чтобы отслеживать частные расходы среди развитых и наименее развитых стран, некоторые недавние оценки свидетельствуют, что средние частные расходы на здравоохранение составляют 2-3 % от валового внутреннего продукта в развитых странах. В переходных экономических системах соответствующая доля составляет 1,1 % от валового внутреннего продукта. Однако, эта цифра не включает большую подпольную экономику в здравоохранении, которое принимает форму неофициальных расходов, заплаченных за амбулаторные консультации специалистов, хирургию и другие стационарные услуги. На рис. 6 показаны неофициальные платежи в некоторых избранных восточноевропейских странах. Самые высокие платежи на душу населения падают на стационарное обслуживание, за которыми следуют расходы на медикаменты.

Рис. 6. Средние неофициальные платежи на посещение за амбулаторное обслуживание, стационарное обслуживание и медикаменты в избранных восточноевропейских странах (доллары США 1995 года, скорректированные на покупательную способность)



Источники: 1) Адаптированный материал из М. Льюиса (2002) стр. 196. 2) Всемирный Банк (1996,1997с, 1999b), 3) Балабанова (1999), 4) Бойков и Филей (1999), 5) Филей и др. (1999), 6) ГАС (1999) и Сари и др. (2000)

Источник: Льюис, М. *Неофициальные платежи за здравоохранение в центральной и Восточной Европе и бывшем Советском Союзе: проблемы, тенденции и применение политики (11).*

Кроме того, несколько неправдоподобных исследований предоставили подобную информацию относительно нелегальной экономики:

- Неправдоподобное исследование в Туркмении показало, что более 50 % опрошенных платили неофициальные суммы за здравоохранение. Другое исследование, проведенное в больнице в Казахстане показало, что приблизительно 45 % стационарных расходов на пациента были связаны незаконными платежами. Другие исследования, проведенные в переходных экономиках, показали незаконные платежи медицинскому персоналу, который получает низкие официальные зарплаты.

- В Мексике, недавнее исследование домашнего бюджета показал, что частные расходы на здравоохранение в пропорции к валовому внутреннему продукту составили 3,2 %, тогда как предыдущее исследование предоставило оценочную цифру в 1,6 %.

- В Польше много пациентов производят незаконные платежи врачам в государственной системе, чтобы получить льготные условия лечения. Однако, была предложена система взаимных платежей, и есть надежда, что она, вместе с интеграцией частных услуг в пределах принадлежащих государству средств обслуживания, устранил потребность в "коричневых конвертах".

С точки зрения экономической перспективы, подземная экономика в здравоохранении может быть механизмом, сближающими спрос и предложение в ситуации распространяющейся неустойчивости. Это может также произвести важные стимулы, как с положительными, так и с отрицательными последствиями, включая таковые в более отдаленной перспективе. Часто утверждается, что должны быть произведены реформы в структуре финансирования медицинского обслуживания и в платежах, производимых работникам здравоохранения, с тем, чтобы уменьшить количество незаконных платежей. Кроме того, улучшение в качестве услуг могло бы внести свой вклад в устранение существующих различий. Ревизии, производимые в

медицине, и контроль качества также внесли бы свой вклад в минимизацию неэффективности и несправедливости, созданных нелегальной экономикой.

Упражнение 3

Каковы вероятные применения значительной нелегальной экономики для:

- справедливости и качества предоставления медицинского обслуживания
- управление и реформы системы здравоохранения?

Как бы отличалась Ваша реакция в стране, где:

- экономика находится в состоянии упадка, и общество испытывает существенный стресс
- экономика растет, а общество является процветающим и уверенным?

Социологическое исследование - российские реформы здоровья

Некоторые показательные эмпирические открытия в отношении справедливости и эффективности

Условия справедливости и эффективности могут иметь различные значения для различных исследователей и высших чиновников. Поэтому важно исследовать текущую ситуацию в Российской Федерации и установить, могли ли эти цели быть оценены с использованием доступных наборов данных.

В Российской Федерации цель социальной справедливости была разработана теоретически и осуществлена в широком спектре деятельности на уровне здравоохранения. Согласно советскому правилу, распределение ресурсов среди *областей* (области) было основано на ряде норм, установленных научно-исследовательским институтом Семашко в Москве. Министерство здравоохранения в Москве несло ответственность за разработку политики в области здравоохранения и за распределение ресурсов согласно заранее установленным стандартам (12). Региональная администрация на уровне *области* несла ответственность за реализацию централизованно разработанной политики.

Вся система была, прежде всего, заинтересована в цифровых показателях, не принимая во внимание качественные стандарты и технологические усовершенствования. Удовлетворение пациентов имело тенденцию быть низким, и сообщалось о крайне неэффективном лечении (13). Клиническое и финансовое управление часто было недостаточными на национальных и региональных уровнях, что приводило к неэффективному использованию ресурсов.

Общее впечатление было таким, что справедливое распределение ресурсов на душу населения было достигнуто, но что система в целом была расточительной и неэффективной. Существовала потребность в реформе, включая переопределение целей.

Справедливость в расходах на здравоохранение на душу населения

Теория справедливости расходов на здравоохранение на душу населения утверждает, что общественный сектор должен испытывать некоторое беспокойство в отношении распределения ресурсов, основываясь на распределении на душу населения. Ле Гранд, используя данные 1976 года британского Королевского Обзора, представил свидетельство примерно равного распределения расходов на здравоохранение на душу населения в Великобритании (14). Точно так же, возможно, распределение расходов на здравоохранение на душу населения в Российской Федерации должно быть уравнено с региональными потребностями. В таблице 2 представлено распределение расходов на общественное здравоохранение на душу населения по областям Российской Федерации в 1990 и 1993 годах вместе со стандартизированными показателями смертности (СПС) для каждой области за эти два года.

Очевидно, что наиболее бедные регионы получают самые низкие бюджеты на здравоохранение в пересчете на душу населения, и что ресурсы сконцентрированы в

главных городских регионах. Распределение расходов на здравоохранение на душу населения, похоже, не слишком учитывает изменения в региональных потребностях населения. К сожалению, эпидемиологические исследования и клинические обзоры отсутствуют в Российской Федерации, что представляет трудности в проведении более сложного анализа региональных потребностей и степени, до которой расходы на общественное здравоохранения выделены в их отношении.

Таблица 2. Расходы на здравоохранение и состояние здоровья (1990, 1993 годы, области Российской Федерации)

	Расходы	Расходы	ПС	ПС
	на здравоохранение	на здравоохранение	рубо	рубо
	1990	1993	990	993
Российская Федерация	95.52	95.30	1.20	4.50
Северная Область	117.76	127.67	.10	3.30
Северо-Запад	99.02	89.76	2.70	7.90
Центральный регион	92.54	96.54	3.00	6.60
Волга	84.94	92.36	1.90	4.60
Черноземье	84.16	75.01	3.70	6.30
Поволжье	93.57	88.24	1.00	3.40
Кавказ	77.20	57.40	1.10	3.60
Урал	91.06	106.30	0.40	3.80
Западная Сибирь	105.76	113.65	.60	3.00
Восточная Сибирь	103.01	97.97	.50	3.00
Дальний Восток	138.28	152.39	.20	3.80
Калининградская область	86.44	73.14	.80	3.50

Справедливость в состоянии здоровья

Несколько исследований показали наличие неравенства в состоянии здоровья между социальными группами, и что оно может остаться значительным в течение длительного времени, несмотря на существенные реформы в области здравоохранения. В случае Российской Федерации имеют место значительные трудности. Во-первых, данные по смертности не имеются в распоряжении профессиональной группы. Во-вторых, классификация занятости отличается от таковой в некоторых других странах, поэтому невозможно провести корректное сравнение. Кроме того, социальные группы в стране не могут быть разделены по профессиональным группам, потому что относительно большой

сегмент активного населения имеет побочную работу, или ведет другую деятельность, которая статистически не зарегистрирована. Картина становится еще более трудной, если принять в расчет теневую экономику (что является уместным в различных формах для всех социально-экономических групп).

Эпидемиологические исследования в Российской Федерации недостаточны, и недостает корректно сопоставимых данных по всем социальным классам, полам и возрастам. В таблице 3 представлены стандартизированными показателями смертности (СПС) для десяти административных областей страны в течение 1990 и 1993 годов. Стоит рассмотреть абсолютные неравенства, (то есть уровни СПС по регионам в данный период времени), а также относительные изменения за период с 1990 по 1993 годы. В отношении абсолютных неравенств имеет место изменение в иерархическом порядке регионов.

Таблица 3. Показатели неравенства в здравоохранении в Российской Федерации

Показатели	Расходы на здравоохранение 1990	Расходы на здравоохранение 1993	СПС Грубо 1990	СПС Грубо 1993
Коэффициент вариации	0.165	0.250	0.151	0.108
Логарифмическая дисперсия	0.024	0.063	0.023	0.011
Коэффициент Джини	0.014	0.010	0.086	0.055
Аткинсон 1	0.012	0.030	0.013	0.005

Источник: Ифантопулос (15).

Для аналитических и эмпирических целей были оценены некоторые показатели неравенства, отраженные в Таблице 3. Каждый показатель имеет определенные математические свойства. Некоторые из оцениваемых индикаторов являются более чувствительными при измерении крайних значений распределения, а другие индексы более чувствительны для средних значений распределения. (Детализированное обсуждение преимуществ и недостатков каждого измерения выходит за пределы настоящей статьи.) Все четыре индикатора показывают, что неравенство в распределении расходов на здравоохранение на душу населения увеличилось в течение периода с 1990 по 1993 годы. Противоположные результаты показаны в отношении индикаторов смертности СПС, показывающих, что неравенство в состоянии здоровья между российскими регионами уменьшилось в течение периода 1990-1993. Похоже, здесь наличествуют возможности для более детального исследования в области неравенства, которое может привести к получению интересных результатов.

Отношения между СПС и расходами на здравоохранение

Аустер и др. (16), используя структурные данные за 1960 год по нескольким штатам в Соединенных Штатах, оценил отрицательное отношение между расходами на здравоохранение и СПС; они также включили другие переменные, такие как потребление сигарет. Новый анализ здесь ограничен количественным подходом, показывающим отношение между СПС и расходами на здравоохранение по регионам Российской Федерации в течение 1990 и 1993 годов. Оценочные линейные модели за 1990 и 1993 годы приведены ниже:

$$C(1990) = \beta_1 SP + \beta_2 R_3 \quad R^2 = 0.446 \quad F = 8.86$$

$$\begin{array}{cccc} \text{СП} & 15.83-0.0146 & R^2 = & F \\ \text{C (1993)} = \text{PЗ} & & 0.053 & = 0.612 \end{array}$$

Было установлено, что расходы на здравоохранение (PЗ) в 1990 были статистически значимой переменной (коэффициент $t = 2,97$). Согласно вышеупомянутой оценке, это имело существенное воздействие на сокращение СПС. В 1993 году отношение становится более слабым и не значимым статистически. Различие может быть приписано (принимая корректность этих данных) фазе перехода к рыночной экономике, имевшей не только экономический эффект, но также и серьезное влияние на состояние здоровья. Это поддерживается снижением общего жизненного уровня за тот же самый период и изменениями в образе жизни и отношении к вредным привычкам, таких как алкоголизм.

3.4 ОСНОВНЫЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

3.4.1 ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ

*Panos Kanavos*⁸

Ключевые понятия

- Взаимодействие различных агентов важны для понимания политики здоровья.
- Часто существуют противоречия между целями политики, направленной по повышению уровня здоровья и различными вариантами удовлетворения этих целей.
- В модуле на первый план выдвигаются сравнительные преимущества различных способов финансирования системы здоровья, различных методов финансирования услуг здравоохранения и различных подходов к вознаграждению поставщиков здравоохранения.
- В модуле рассматривается, как различные методы финансирования систем здоровья и финансирования услуг работают и в какой окружающей среде.
- Проводится анализ различных методов вознаграждения (включая агентские, например, зарплата врачей, за оказание услуг, например, услуг больницы, и за товар, например, фармацевтические препараты) вместе со значением, которое они имеют для политики здоровья. Каждый метод имеет свои преимущества и недостатки и используется согласно обстоятельствам.
- Структура побуждения (мотивации) поставщиков (агенты, поставщики товаров и услуг) критикуются точки зрения работы поставщика.
- Существует взаимосвязь между финансированием здравоохранения, агентами и поставщиками медицинского обслуживания.

Тьютору на заметку

- Цель модуля – стремление показать людям, принимающим решение в сфере здравоохранения, методологию и выполнимость различных методов финансирования здравоохранения, распределения ресурсов здравоохранения, и различные варианты политики относительно способов вознаграждения поставщиков здравоохранения. Этот модуль может использоваться в сочетании с другими модулями, например, 3.3.2, и связан с материалом в других модулях, например, 2.3.1 и 2.3.2. 3.4.
- Содержание модуля соотносится с деятельностью лиц, принимающих решение в сфере здравоохранения, включая:
 - лиц, принимающих решения в законодательном и общественном секторах, типа сектора здравоохранения, работающих в финансовых и других министерствах и парламентских группах и комитетах, а также заинтересованных академиков и исследователей. Было бы полезно, если бы тьюторы поясняли, что политика, направленная на повышение уровня здоровья, как другие направления политики, подразумевает деятельность многих лиц, принимающих решения в данной сфере (часто с

⁸ Этот модуль были подготовлен доктором Паносом Канавосом, Лондонская Школа Экономики и Политической Науки (электронная почта: p.g.kanavos@lse.ac.uk).

противоречивыми интересами и подходами), и характеризуется постоянными изменениями. Делать это нужно для того, чтобы изучение, адаптируемость и гибкость модуля и политики были существенны.

- ведущих специалистов в области здравоохранения и общественного здоровья, лидеров местных сообществ, представителей добровольных, религиозных и некоммерческих секторов, заинтересованных в коммерческом смысле в здравоохранении (например, фармацевтические компании и платные клиники), пациентов и их адвокатов. Было бы полезно сделать акцент на понимании различных методов систем финансирования, распределения ресурсов и вознаграждения поставщиков.

- Всем участникам было бы полезно понять некоторые ключевые экономические понятия, как дефицит ресурсов и возможная стоимость, и значение этих понятий для принятия решения относительно здравоохранения и его качества. Для этого тьюторам предлагаются некоторые упражнения. Сравнения по странам также могут быть полезными.

- Тьюторам нужно стимулировать слушателей к стратегическому мышлению в пределах их компетенции о том, что является желательным и что является выполнимым. Упражнения (плюс любое доступное эмпирическое свидетельство) помогают передать полезный опыт изучения других параметров и рассмотреть их в контексте специфических параметров слушателей. Однако, тьюторы должны признавать уникальные особенности среды, в которой работают слушатели (например, масштабы теневой экономики), и воздействие этих особенностей на политику, направленную на повышение уровня здоровья как на макро-, так и на микроуровне.

- Тьюторы и слушатели могут добавлять ссылки в конце модуля посредством использования данных и социологических исследований, опубликованных на сайте Европейской Обсерватории ВОЗ <http://www.euro.who.int/observatory/TopPage> (доступен с 6 ноября 2002). Это значительно облегчает процесс введения сравнительного элемента в учебные материалы.

Введение

Процесс производства, распределения ресурсов и контроля над ними с тем, чтобы финансировать здравоохранение, является одним из важных вопросов для чиновников и людей, занимающихся планированием, которые сталкиваются с вызовами проектирования и операционных систем, совместимых с широкими целями социальной политики и совместимых с экономической действительностью. Поколение ресурсов финансирования здравоохранения подчинено макроэкономическим ограничениям, и распределение ресурсов к здоровью управляется не только потребностью, но также и дефицитом этих ресурсов. Контекст, в котором работают многие, если не все, развитые страны, характеризуется непрерывными попытками контролировать повышающиеся затраты здравоохранения и точно настраивать меры и методы системы здоровья. Европейские переходные экономики работают в подобных, хотя и более трудных, условиях.

В дополнение к точной настройке системной операционной среды, многие страны Европейской Области ВОЗ сталкиваются с неблагоприятной макроэкономической окружающей средой и, что не менее важно, их системы здравоохранения зачастую испытывают значительную потребность в реформировании в терминах инфраструктуры физического и человеческого капиталов. Неблагоприятные макроэкономические условия подразумевают трудности привлечения необходимых ресурсов для того, чтобы финансировать в нужной мере здравоохранение, и ограничивают способность этих стран вложить капитал в наиболее необходимые отрасли инфраструктуры. В то же самое время, способ финансирования услуг здравоохранения и поставщиков здравоохранения, часто должен быть в значительной степени изменен и может быть подчинен местным культурным традициям, имеющим отношение к медицинской практике и отношениям между поставщиком и пациентом.

Для обеспечения анализа различных методологий финансирования медицинских услуг, распределения ресурсов и вознаграждения поставщиков в пределах динамически развивающейся политической среды этот модуль комбинирует эмпирические свидетельства с теорией. Во-первых, приводится краткий анализ теоретических понятий, которые важны для понимания отношений между покупателями здоровья, поставщиками и пациентами (например, провалы рынка, провалы государства, квазирынки и агентские отношения в здравоохранении). Во-вторых, модуль анализирует взаимосвязь между целями политики, направленной по повышению уровня здоровья и связью между ограничением цен и микроэкономической эффективностью, справедливостью, качеством и выбором. Именно на этой основе и проводится анализ различных механизмов финансирования на макро- и микроуровнях, методов вознаграждения поставщиков и распределения ресурсов.

Теоретические понятия

Агентские отношения

Для того, чтобы понять сложные отношения между покупателями, поставщиками здравоохранения и пациентами, обычно анализируемых в контексте агентских отношений, нужно определить контекст. Важно определить:

- каковы агентские отношения
- как они осуществляются
- каковы разногласия между основными участниками этих отношений
- какие агентские отношения являются идеальными.

Аналитики подчеркивают, что зачастую существует конфликт интересов между принципалами и агентами, и что агенты могут действовать от имени принципалов, преследующих различные цели. Например, врачи, подписавшие контракт, являются агентами фондов по страхованию от болезней, которые возмещают стоимость их услуг, и в то же время они, как ожидается, должны действовать от имени их пациентов. В то время как пациенты стремятся максимизировать свое здоровье, страховые фонды стремятся минимизировать свои затраты. Различие в целях соответствующих принципалов, вероятно, будет иметь воздействие на качество (и количество) услуг, фактически предоставляемых отдельному пациенту.

Информация и знание особенно важны для понимания агентских отношений в контексте здравоохранения. Например, асимметрия информации, которая присутствует в агентских отношениях, порождает такой феномен, как спрос, создаваемый поставщиком. В этом случае, поставщики используют свои превосходящие знания для того, чтобы влиять на спрос пациента на товары и услуги здравоохранения для удовлетворения собственного личного интереса, а не благосостояния пациента.

Провал рынка

Также необходимо рассмотреть проблему провалов рынка в здравоохранении и причины этого. Здесь затрагиваются, помимо всего прочего, моральная опасность для потребителя, когда "избыточный" спрос предъявляется на услуги здравоохранения по причине того, что затраты потребителям или равны нулю, или очень низки, и моральная опасность для поставщика, когда поставщики не переносят полную стоимость своих решений по лечению, что приводит к потенциальному дополнительному лечению пациентов. Кроме того, могут иметь место существенные проблемы, связанные с частными страховыми рынками, как проблема неблагоприятного выбора, являющаяся результатом асимметрии информации. Снова мы убеждаемся в том, что роль информации является основной для анализа провалов рынков здравоохранения.

Частные рынки, однако, не единственные, кто терпит неудачу; здесь важно понимать, почему общественное производство также может быть проблематичным. Для

этого нужно рассмотреть такие проблемы, как неэффективность (также называемая х-неэффективностью), когда уровень продукции, произведенной за счет использования определенной комбинации ресурсов (скажем, докторов, медсестер и высокотехнологичного оборудования) не столь высок, как мог бы быть; лояльность, которая может привести к низкому качеству заботы о пациенте со стороны поставщиков здравоохранения; нехватка ресурсов вообще или с точки зрения распределения; и действительно ли потребители имеют возможность отказаться от не удовлетворяющих их товаров и услуг здравоохранения (особенно в общественном секторе) и получить их в другом месте (в некоторых случаях, альтернатива может быть недоступной для них с точки зрения эффективности, например, относительно местоположения или стоимости).

Квазирынки

Поскольку рынки часто связываются с провалами в здравоохранении и общественное производство не всегда оптимально, квазирынки были предложены как средство для того, чтобы поощрить конкурентоспособные отношения между поставщиками и разделить потребление от обеспечения. В теории, последнее может создать такую среду, где имеют место околотыночные решения. Квазирынки, в теории, стимулируют конкуренцию между поставщиками, которая может быть основана на лучшем качестве услуг и/или цене. Однако, на практике проблемы могут возникнуть и с квазирынками. Например, на практике конкуренции может не быть из-за ограниченного числа поставщиков в данной географической области и нежелания пациентов поехать дальше от дома для лечения, или нежелания органов здравоохранения поощрять деятельность поставщиков вне их географических границ. Существует также проблема того, сможет ли эффективное взаимодействие покупателя и поставщика иметь место в пределах системы одного страховщика.

Цели политики, направленной на повышение уровня здоровья

Все лица, принимающие решение, должны противостоять идентификации целей политики, направленной на повышение уровня здоровья, и их ранжирования в порядке приоритетности. Предполагается, что чиновники сферы здравоохранения имеют целью управление общими стоимостями здравоохранения (регулирование цен, иногда называемое макроэкономической эффективностью); достижение микроэкономической эффективности с точки зрения распределения ресурсов; и повышение справедливости. Дополнительные цели могут включать в себя свободу выбора поставщика, качество обслуживания, соответствие потребностям потребителя/пациента, и полное выполнение намеченных изменений.

Регулирование цен

Понятие регулирования цен, или общей стоимости ресурсов, вложенных в здравоохранение (обычно выражается как отношение национальных ресурсов к валовому внутреннему продукту), лежало в основе решений, принимаемых относительно здравоохранения правительствами всех стран. За последние два десятилетия рост расходов на здравоохранение превысил рост розничных цен, и зачастую норма роста расходов на здравоохранение превышает нормы других секторов экономики. Анализ регулирования цен может включать:

- равенство расходов и доходов;
- расширение обсуждений вопросов по поводу распределения ресурсов и микроэкономической эффективности;
- системный подход к регулированию цен;

- степень, до которой некоторые методы финансирования являются предпочтительными по сравнению с другими; и
- конфликты, которые возникают между регулированием цен с одной стороны и микроэффективностью и справедливостью с другой.

Микроэкономическая эффективность

Эффективность на микроуровне требует минимизации альтернативных издержек и максимизации выгод здоровья. Если бы ресурсы были использованы, то перераспределение улучшило бы общий уровень достигнутой выгоды. Нужно сравнить затраты и выгоды конкурирующих вмешательств здоровья и ассигновать ресурсы с тем, чтобы максимизировать прибыль здоровья. Критерии эффективности были обсуждены в модуле 3.2.2.

Нужно провести границу между эффективностью распределения ресурсов и технической эффективностью. Эффективность распределения ресурсов вовлекает распределение недостаточных ресурсов между конкурирующими потребностями с тем, чтобы максимизировать выгоду и, поэтому, стремится определить, стоит ли предпринимать те или иные действия. Техническая эффективность определена как производство товара или услуги по минимальной стоимости. Отсюда следует, что можно достигнуть понятия эффективности издержек, а именно, производства здоровья для пациентов по минимальной стоимости. Понятия эффективности точно определены в терминах экономической теории, но измерение эффективности в практическом здравоохранении может быть затруднительной. Было отмечено, что научное основание для многих вмешательств в здравоохранения слабо или бездоказательно (1,2). В то же время, стандарты политики эффективности должны быть реально осуществимы.

Две главных области, захваченные в соответствии с понятием микроэкономической эффективности, представляют особый интерес. Во-первых, существует проблема того, используются ли ресурсы максимально эффективно в терминах выгод, которые они производят. В этом контексте, может быть желательно исследовать операционализацию и вероятное воздействие таких мер как: предложение рентабельного лечения, уменьшение дорогостоящего пребывания в больнице, учитывая инновационные подходы к здравоохранению, которые уменьшают затраты, не уменьшая качество, или, сосредотачиваясь только на эффективности системы, неравном доступе к здравоохранению и на результате неравенств здоровья (или на их противодействии).

Вторая главная область касается способности к операционным мерам, которые обеспечивают стимулы лицам, принимающим решение в системе здравоохранения, и которая поощряют их работать другими способами, например, более эффективно, более справедливо или более транспарентно. Эти подходы с точки зрения стимулирования могут быть сравнимы с подходами, которые больше полагаются на команду, и контрольными мерами поставок в здравоохранении и их значениями для справедливости и эффективности и в кратко-, и в долгосрочном периоде.

Равенство

Равенство важно и в финансировании, и в поставках. В финансировании уместен принцип выгоды. Он подразумевает, чтобы те, кто извлекает выгоду из связанного со здоровьем обслуживания, заплатили за это, и что размер оплаты должно соотноситься с полученной выгодой. Принцип способности к оплате также уместен. Он подразумевает, чтобы оплата была организована не согласно полученной выгоде, а так, чтобы люди заплатили согласно величине своих средств.

В поставках здравоохранения справедливость имеет отношение к доступу (степень, до которой различные социальные группы и люди имеют доступ к средствам обслуживания и услугам здравоохранения), географии (касается географического распределения ресурсов здоровья) и результатам (касается отличающихся потребностей

различных социальных групп). Например, даже в высокоразвитых обществах, типа Австралии, Канады, Новой Зеландии, Соединенных Штатов или некоторых из скандинавских стран результаты здравоохранения местного населения намного хуже результатов населения в целом.

Дополнительно можно выделить взаимодействие справедливости и эффективности. Оно включает рассмотрение способности извлекать выгоду из различных политических изменений или практических изменений в здравоохранении, которые могут варьироваться в зависимости от различных социальных групп. Сюда также относятся аргументы, которые были выдвинуты высшими чиновниками с целью отклонения или нормирования ресурсов между социальными группами.

Качество

Улучшающее качество здравоохранения имеет несколько аспектов, один из которых касается того, что можно было бы назвать продукцией системы, то есть ее воздействие на здоровье людей, которых лечат, и, таким образом, ее воздействие на здоровье нации в целом. Меры такого качества включают "меры пропускной способности", типа числа пациентов, лечивших, или "вводил индикаторы", как число врачей или больничных коек на 1000 человек населения.

Другой подход подчеркивает потребность в большем внимании ко всей структуре системы поставок. В этом контексте, улучшение качества требует обращения к широкому диапазону проблем, касающихся сокращения медицинских ошибок; злоупотребления, неправильного использования или неиспользования медицинских технологий (включая фармацевтические препараты, устройства и процедуры). В этом контексте, стоит исследовать то, как уменьшить неуверенность при принятии решения в случае отдельного индивида и, более широко, как установить критерии для определения уместности медицинской заботы при специфических обстоятельствах и для специфических людей или групп.

Важными факторами процесса могут быть возможность быстрых изменений в здравоохранении, хорошее управление процедурами и благоприятная окружающая среда. В конечном счете, однако, можно утверждать, что качество здравоохранения связано с повышением статуса здоровья, и таким образом может быть измерено как эффективность. Можно возразить, что, в вопросах долгосрочной заботы о пожилых качество заботы столь же важно, как и само лечение, процесс должен быть сопоставим с возможным результатом.

Выбор и живой отклик также являются суррогатными индикаторами качества конкретной системы здравоохранения. Выбор может быть связан с выбором пациентом данного поставщика, основанным на дополнительном клиническом мнении (возможно за счет налогоплательщика) или более широких аспектов выбора. Живой отклик отражает способность системы адекватно ответить на широкое разнообразие потребностей пациентов, быстро и без проблем. Длинные очереди - это один из индикаторов низкого живого отклика. Ясно, что существует взаимосвязь между системой с высоким живым откликом и сосредоточением на регулировании цен.

Выполнимость

Выполнимость различных систем значительно зависит от социальной, политической и экономической ситуации в стране, так же как и от исторических и культурных традиций. Многие систем развивались в специфических социальных условиях и определенных исторических обстоятельствах. Например, в Центральной и Восточной Европе и странах СНГ исторический прецедент модели Семашко повлиял на успешное установление децентрализованных систем. И политическую, и техническую

выполнимость нужно анализировать, принимая во внимание финансирование здравоохранения в специфическом контексте.

В политической выполнимости заинтересованы главным образом лица, принимающие решения в сфере здравоохранения, поскольку они хотят влиять на успешное функционирование системы. Это включает такие факторы, как влияние избирателей, специфический интерес, профессиональные группы и поставщики услуг здравоохранения в сравнении с потребителями здравоохранения и гражданами в более широком смысле слова. Политическая выполнимость также охватывает понятия допустимости и устойчивости системы (и в экономических, и политических терминах). Например, является ли конкретная система финансирования реальной и в кратко-, и в долгосрочном периодах?

Технической выполнимости связана с возможностью страны поддерживать и управлять специфической системой финансирования здравоохранения. Сюда относятся такие факторы, как структурные и административные возможности в пределах, например, правительства или промышленности. Также сюда относятся другие факторы, такие, как уровень развития информационных систем и количество человеческих ресурсов с соответствующими уровнем обучения и навыками. Все эти факторы затрагивают техническую выполнимость различных система финансирования здравоохранения.

Упражнение 1. Цели политики, направленной на повышение уровня здоровья

За последнее десятилетие реформа здравоохранения в некоторых европейских странах сосредоточились в основном на регулировании (сдерживании) цен. По Вашему мнению, акцент должен быть сделан на регулировании цен или на эффективности распределения ресурсов? Обсудите проблему и в общем, и с выделением одной или двух стран.

Как можно измерить качество здравоохранения? Обсудите различные индикаторы качества и взаимосвязь, которая существуют между качеством, другими целями политики, направленной на повышение уровня здоровья и более широкими социальными целями.

Методы финансирования медицинского обслуживания

В этом разделе обсуждаются относительные преимущества, недостатки проблемы, связанные с различными методами финансирования здравоохранения. Каждый метод здесь обсужден отдельно, но признано, что большинство стран финансирует здравоохранение через комбинацию методов.

Общее налогообложение

Система, основанная на налогах, относительно легко управляется, не имеет никакого выбора риска (потому что все защищены) и никаких выгод, связанных с риском. Это обеспечивает устойчивый уровень финансирования. В странах, где есть глобальный бюджет, контроль над общими издержками затруднен по сравнению с другими системами финансирования медицинского обслуживания. Такое финансирование посредством общего налогообложения может принять форму интегрированной модели, командно-контролирующей модели или моделью общественного контракта с несколькими покупателями (с точки зрения местоположения) и конкуренцией между поставщиками. В теории, монополия⁹ может привести к хорошей микроэффективности; на практике, однако, нехватка стимулов для поставщиков имеет тенденцию приводить к неэффективности (например, к очереди на лечение). Системы, основанные на налогах, характеризуются всеобщим охватом с возможностью для внедрения принципа равенства поставок. Хотя системы, основанные на налогах, обладают значительной общественной

⁹ Ситуация, когда на рынке присутствует только один покупатель

поддержкой, как, например, в Швеции и Великобритании, в них имеет место нормирование (явное или неявное) услуг и часто нехватка транспарентности.

Увеличение расходов на здравоохранение посредством повышения уровня налогообложения стало затруднительным во многих странах в связи с ростом неприятия такого подхода общественностью. Однако, в каждой стране наблюдается свой подход к тому, как организована и управляется система налогообложения. Эти вариации могут иметь значение для обеспечения сбора увеличивающихся налогов с тем, чтобы финансировать рост расходов на здравоохранение.

В системах, финансируемых за счет налогов, налоги могут быть подняты централизованно или на местах, как, например, в Дании и Швеции. Увеличение уровня дохода на местах может привести к повышению заинтересованности в расходах на здравоохранение. Ограничение полномочий на повышение уровня налогов может привести к большей географической несправедливости относительно уровня и качества предоставляемых услуг. В странах с федеративным устройством также объем расходов на здравоохранение зависит от соответствующих обязательств здравоохранения и от налогообложения различных уровней правительства. Важно рассмотреть внутреннюю эффективность специфических административных инструментов и методов сбора налогов, то сколько будет стоить (в денежном и политическом выражении) увеличить уровень дохода другими способами и какое воздействие налог имеет на решения о производстве и потреблении?

Налогом может облагаться доход или расход (например, налог с продаж). Налог имеет разное значение для равенства, для сбережений и инвестиций, и для решений, принимаемых производителями и потребителями. Другой метод увеличения уровня дохода, заложенное налогообложение, имеет видимые преимущества. Однако, он в основном отклоняется министерствами финансов, поскольку может привести к снижению гибкости на макроуровне. Ассигнование может быть использовано как основной фактор (когда доход определяет расходы), или как дополнительный (то есть просто формальное определение уровня расходов для политической видимости). Другие изменения включают налоги на "грех", как алкоголь и табак; в большинстве стран они не идут на здравоохранение, хотя и составляют существенную долю общего налогового дохода. Существует потенциал для большего использования заложенных налогов в европейских системах здравоохранения или в качестве дополнения к существующим мерам, или в качестве альтернативы.

Социальное страхование

Социальное страхование обычно связано с устойчивым источником дохода, в принципе независимого от министерства здравоохранения, и с платежами поставщикам за обслуживание. Вклады главным образом основаны на заработной плате и разделены между предпринимателями и служащими. Однако, могут быть важные различия, касающиеся:

- однородности нормы
- распределения вкладов между предпринимателями и служащими
- существования верхнего потолка вклада, и
- существованием дополнительных, не связанных с заработной платой, вкладов.

Система социального страхования является своего рода формой соревнования, в котором покупатели отделены от поставщиков и существует множество покупателей и поставщиков. Системы социального страхования имеют тенденцию характеризоваться равенством поставок (в терминах потребности и доступа), и со страховым взносом, основанным на доходе, а не на риске. Преимущества социального страхования должны быть оценены и тщательно и сравнены с его недостатками, особенно для переходных экономик. Например, системы социального страхования имеют более высокие административные издержки и относительно более дороги, чем системы, основанные на

налогах с точки зрения полного использования ресурсов, поскольку врачи используют ресурсы, не задумываясь об этом и о ценовой чувствительности. Системы этого вида могут быть связаны с моральной опасностью, связанной с системой оплаты за обслуживание. Социальное страхование может быть несправедливым в тех странах, где теневая сфера производит значительную часть национального дохода. С точки зрения политики, практика увеличения налогов налагает неудобства на предпринимателей путем полного увеличения трудозатрат, экспортное положение ослабляется, инфляция повышается. Франция и Германия предоставляют интересные социологические исследования систем социального страхования с одним или несколькими фондами здравоохранения соответственно.

В различных социальных систем, основанных на страховании, существуют значительные различия. Некоторые страны работают с множественными фондами (например, Чешская Республика и Словакия). Другие имеют один фонд (например, Хорватия, Венгрия, Польша) с несколькими региональными подразделениями. Стоит исследовать опыт Германии и Нидерландов в организации фондов и их потенциала для введения конкуренции между фондами. В Нидерландах, где многочисленные страховые фонды начали конкурировать друг с другом, были сделаны попытки ассигновать ресурсы страховщикам в форме подушевого налога, основанного на их возрасте, поле и месте жительства. Эти снижающие риски платежи предназначены для того, чтобы уменьшить возможность «снятия сливок». Однако проблемы, имеющиеся в отношении измерения индивидуального риска, означают, что, в целом, эти снижающие риски платежи не были успешны. Есть также вопросы относительно того, какой выбор фондов существует для потребителей в разных странах, каковы уровни сговора и/или конкуренции, которые фактически существуют между "конкурентоспособными" страховыми фондами.

Можно утверждать, что социальное страхование – эффективный целевой налог, и в этом случае доход определяется уровнем отчислений, обычно устанавливаемым как процент от дохода. Это означает, что уровень дохода снижается при экономическом спаде. Чтобы предотвратить повышение расходов, нужно поднять уровень отчислений, но, как и в случае с системами, финансируемыми за счет налогов, здесь сильно неприятие общественности. Часть бремени оплаты в системах, основанных на социальном страховании, обычно приходится на предпринимателя, и это может быть возможным источником экономической неэффективности, поскольку неблагоприятно влияет на производительность (и уровень внешних инвестиций). Увеличения страховых отчислений могут также воздействовать и на работника, что проявится в снижении заработной платы (или безработице).

Добровольное, дополнительное и частное страхование от болезней

В большинстве стран, добровольное или частное страхование от болезней существует параллельно с установленными законом системами страхования от болезней. В некоторых странах, десятая или четвертая часть населения может быть (добровольно) исключена из социального страхования и вовлечена в частное страхование. Фундаментальное различие между социальным страхованием и добровольным страхованием от болезней заключается в том, что в первом случае от рисков страхуется все общество и страховой взнос связан с доходом, тогда как во втором случае покрывается только часть населения и страхового взнос основан на актуарном подходе. Преимущества и недостатки добровольного страхования от болезней должны исследоваться относительно различных агентов системы: плательщика, поставщика и потребителя. Издержки системы и потенциально несправедливый доступ к услугам, следующие из добровольного страхования от болезней, вероятно, будут уравновешены за счет увеличения выбора для потребителей, более высокого качества и высокой степени живого отклика, большей гибкости и более острых стимулов для эффективности. Моральная опасность и неблагоприятный выбор - две ключевых проблемы добровольной страховой

системы, вкупе с высокими административными затратами. Нидерланды, Великобритания и Соединенные Штаты дают интересные примеры частного страхового финансирования в дополнение к установленному законом социальному страхованию от болезней (Нидерланды), всеобщему охвату здравоохранения через налогообложение (Великобритания) или как главное средство страхования от болезней (Соединенные Штаты).

Частные страховые рынки работают по-разному в разных странах. В некоторых странах, как в Швейцарии, они представляют преобладающую часть системы финансирования в рамках обязательной системы. В других странах, как в Соединенных Штатах, они - преобладающие средства финансирования в рамках добровольной системы, в основе которой лежит отдельный предприниматель.

Кроме того, существуют различные типы добровольного страхования, не обязательно конфиденциально обеспеченные. Добровольное страхование может быть покрытием для тех, кого что-то не устраивает или для тех, кто хочет выбрать из общественной универсальной системы. При таких обстоятельствах добровольное страхование - замена установленного законом страхования от болезней (например, в Германии, Ирландии и Нидерландах). Добровольное страхование может также быть вторичной дополнительной формой покрытия в преобладающих системах, финансируемых публично, обеспеченных некоммерческими или прибыльными организациями. Эту ситуацию иллюстрирует страхование (предлагаемое обществами *mutualites* в Бельгии и *mutuelles* во Франции) путем со-платежей, и дополнительное покрытие для более качественного больничного обслуживания и более быстрого хирургического лечения, как предлагается в Великобритании.

Заложенное налогообложение

Заложенное налогообложение - форма социального страхования, которая предлагает альтернативный метод финансирования медицинского обслуживания. Существует две альтернативы. Первая альтернатива подразумевает налоговые доходы и ассигнование получающихся доходов только для медицинского обслуживания. Другая альтернатива подразумевает налогообложение товаров, классифицируемых как "вредные", типа табака и алкоголя (налоги на "грех"). Заложенное налогообложение имеет преимущества, если потребители предпочитают не платить налоги вообще, но желают платить более высокие налоги именно медицинское обслуживание (3). Доход, полученный от заложенного налогообложения, может использоваться для конкретного медицинского обслуживания или для здравоохранения в целом.

Поступления от заложенного налогообложения могут значительно зависеть от образа потребления и общей нормы роста экономики. Поэтому доход от заложенного налогообложения может значительно снижаться в периоды экономического спада и увеличиться в период восстановления экономики. Если так, то колебание величины доступного капитала не обеспечит твердой основы для долгосрочного финансирования медицинского обслуживания. Могут также возникать проблемы, связанные с равенством (справедливостью), если заложенный налог собирается с тех людей, которые находятся в невыгодном положении, например с бедных, плохо образованных или живущих в бедных регионах.

Выполнение заложенного налогообложения может быть подчинено двум важным техническим особенностям. Во-первых, высшие чиновники должны гарантировать справедливость, в соответствии с которой отчисления должны быть распределены по целому диапазону доходов и люди с более низкими доходами должны платить меньше, чем люди с высокими доходами. Во-вторых, если здравоохранение требует перераспределения дохода не только во времени, но также и среди групп населения с высоким и низким уровнем риска (например, безработные), высшие чиновники должны

спросить себя, является ли заложенный налог лучшим способом произвести такое перераспределение.

Медицинские сберегательные счета

Медицинские сберегательные счета (МСС) были предложены как способ избежания некоторых проблем добровольного страхования от болезней, особенно проблемы неблагоприятного выбора. МСС - система, посредством которой капитал помещается на личный сберегательный счет, средства с которого человек может тратить до нуля на медицинские расходы. МСС имеют преимущества и недостатки, которые подобными преимуществам и недостаткам добровольного страхования от болезней, за исключением неблагоприятного выбора. Это - система, которая поощряет выбор поставщика потребителем.

Гарантируется контроль платежей, особенно в экономических системах с высоким уровнем безработицы и существенной теневой экономикой. Капитал нужно инвестировать так, чтобы достичь лучшего результата по отношению к индивидуальным сбережениям. Это требует развитых рынков капитала, а также регулирования сделанных инвестиций (например, с точки зрения риска). Вероятно, придется создать конкуренцию, чтобы уменьшить уверенность институционального инвестора, увеличить число доступных инвестиционных возможностей и повысить стабильность. С другой стороны, могут увеличиться маркетинговые затраты.

Анализ технической выполнимости медицинских сберегательных счетов был обширен. Однако меньше внимания было обращено на значение риска или любого другого перераспределительного эффекта высоких и низких рисков и богатых и бедных вкладчиков. Такие оценки МСС должны включать анализ управления инвестициями и проблемами, связанными с правительственными облигациями с низким доходом по сравнению с более доходными, но обладающими более высоким риском частными инвестициями. Другие проблемы включают возможную потребность в дополнительном страховании катастрофы (программа Medishield в Сингапуре); степень, с которой МСС соответствуют превентивным услугам здравоохранения; и механизмы управления банкротством, финансовыми распоряжениями и управления капитала.

Нагрузка на потребителя

Другой существенный вклад в финансирование здравоохранения - диапазон формальных и неофициальных платежей из собственных средств. Прямая нагрузка на потребителя или пациента становится обычным делом во многих европейских странах или в форме со-платежей и франшиз на страховых рынках, или в виде out-of-pocket платежей. Дебаты о нагрузке на потребителя ведутся уже давно. Значительные аргументы приводятся в ее пользу: она увеличивает доход, заставляет пациентов думать об издержках и удерживает спрос. Аргументы против также существуют: она поражает самые бедные слои населения (и поэтому противоречит принципу одинакового лечения одинаковых болезней) и оказывает негативный эффект на затраты и результаты здравоохранения, удерживая людей от прохождения лечения на ранних стадиях заболевания и работки и препятствуя профилактической медицине. Отложенное лечение может даже увеличивать расходы на лечение.

Высшие чиновники могут рассматривать различные типы нагрузки на потребителя, от лояльных со-платежей, совместного страхования и общих тарифных ставок до франшиз (или их комбинаций). Хотя доходность, сфера действия и значения справедливости каждого метода отличаются друг от друга, высшие чиновники должны рассмотреть услуги, при которых взимается нагрузка с потребителя, уровень этой нагрузки, льготы, например, по хронической болезни, возрасту, уровню дохода, или по комбинации этих факторов.

Можно предположить, что, если нагрузка на потребителя тщательно не установлена, она может снизить подлинную потребность, особенно среди бедных людей с низким доходом и других групп, находящихся в невыгодном положении, поставив вопросы о равенстве (справедливости) и воздействии на выгоду от здоровья. Предложение о том, что проблемы равенства могут быть решены посредством введения системы льгот, весьма трудным осуществить практически. Реализация эксперимента по страхованию от болезней RAND показала взаимосвязь между увеличением платежей out-of-pocket и снижением потребления лекарств и медицинского обслуживания, хотя методология и критиковалась.

Роль теневой экономики

Степень теневой экономики может иметь существенное воздействие на способность стран финансировать медицинское обслуживание. Во-первых, это может привести к страховым вкладам, размер которых устанавливается законодательно или к неуплате налогов. Это затрагивает финансовые ресурсы, посредством которых обеспечиваются средства обслуживания и услуги здравоохранения. Налоговые власти не могут получить некоторые доходы из-за их теневой природы. Такая активность может быть и легальной, например, доход от побочной работы, о которой не сообщено в налоговые органы; и нелегальной, как незаконный оборот наркотиков и проституция. Могут также возникнуть системные трудности и слабости при идентификации источников дохода и сборе соответствующих отчислений. Экономические системы с большими сельскохозяйственными секторами, которые могут также быть характеризованы циклическими событиями, затрагивающими способность к увеличению дохода, и большое количество работающего не по найму населения, имеют тенденцию столкнуться со специфическими трудностями в этом отношении.

Во-вторых, могут быть проблемы, являющиеся результатом теневых и потому незаконных платежей поставщикам здравоохранения. Такие платежи могут быть частью местной культуры и для некоторых стран являются привычным явлением. Доктора могут рассмотреть такие платежи как законное средство увеличения своего дохода, особенно если другие источники, как фонды страхования от болезней и общественные власти, платят им относительно немного.

От рассмотрения перспектив выработки тактики перейдем к обсуждению способов противодействия.

Упражнение 2. Методы финансирования

Сравните основные преимущества и недостатки различных методов финансирования медицинского услуг, отмечая:

1. критерии, применяемые в их сравнении, и
2. контекст, в котором должны быть применены методы финансирования.

Выделите главные преимущества и недостатки:

1. в теории, и
2. в контексте отдельной европейской страны.

Методы вознаграждения поставщиков товаров и услуг здоровья

Вознаграждение докторов

Центральная экономическая проблема связанная с системой оплаты, состоит в том, чтобы обеспечить правильные стимулы (или препятствия), чтобы поощрить (или препятствовать) определенные типы поведения, и таким образом, реализовать поставленные цели (4). Эта часть модуля обсуждает структуры побуждения для врачей; их агентские отношения между собой, плательщиками и пациентами; и проблема спроса, вызванного предложением, и обстоятельств, при которых это происходит.

Выделяется три главных метода оплаты работы докторов и других работников здравоохранения: плата за обслуживание, зарплата и подушевой налог. На первый план выдвигаются проблемы, связанные со сверхобслуживанием.

- стимулы в системах платы-за-обслуживание ограничивают сдерживание стоимости и эффективность. Если будет осуществлена система платы-за-обслуживание, то вероятно, потребуется дополнительное регулирование. Также нужно рассмотреть проблему бюрократии и связанных с ней операционных затрат.

- Зарплата не содержит стимулов к сверхурочной работе. Доктора больницы, получающие зарплату, могут рекомендовать более продолжительный средний срок пребывания в больнице, таким образом уменьшая полную рабочую нагрузку, вместо того, чтобы поощрять более быструю пропускную способность, которая увеличила бы работу, не увеличивая доход (4).

- Подушевой налог на уровне первичной заботы и плата-за-обслуживание на вторичном уровне обеспечивают стимулы.

Стимулы (финансовый и нематериальный) затрагивают поведение работников сферы здравоохранения, и это поведение, вероятно, затронет контроль за уровнем издержек, справедливость и эффективность. Зарплата, например, облегчает контроль за уровнем издержек, но, возможно, не содержит стимулов для эффективности. Плата-за-обслуживание может увеличить эффективность, но может также привести к инфляции.

Некоторые страны, типа Германии и Великобритании, реализуют систему бюджетного содержания врачей, непосредственно управляя их доходом или позволяя сохранить любой излишек бюджета и использовать его в пользу пациентов. Франция приняла систему платы-за-обслуживание; Германия предпочла систему платы-за-обслуживание, которая включает связь между индивидуальными уровнями платы и объемом оказываемых услуг; Великобритания использует подушевой налог.

Литература

1. COCHRANE, A.L. *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
2. MAYNARD, A. & CHALMERS, I., ED. *Non random reflections on health services research*. London, British Medical Journal Publishing, 1997.
3. KLEIN, R. Financing health care: the three options. *British medical journal*, **296**: 734–736 (1988).
4. MCGUIRE, A. ET AL. *The economics of health care: an introductory text*. London, Routledge and Kegan Paul, 1988.
5. BARNUM, H. & KUTZIN, J. *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1995.

Дополнительная литература

- ABEL-SMITH, B. *An introduction to health: policy, planning and financing*. London, Longman, 1994.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American economic review*, **53**(6): 941–973, 1963.
- INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC, National Academy Press, 2001.
- HSIAO, W.C. Medical savings accounts: lessons from Singapore. *Health affairs*, **7**(4): 260–266 (1995).
- KANAVOS, P. Financing pharmaceuticals in transition. *Croatian medical journal*, 244–258 (June 1999).

- KANAVOS, P. & MCKEE, M. Macroeconomic constraints and health challenges for health systems in the European Region. *In: Saltman, R.B. et al., ed. Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
- KUTZIN, J. The appropriate role for patient cost-sharing. *In: Saltman, R.B. et al., ed. Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
- MCKEE, M. & HEALY, J., ED. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2001.
- MCNEIL, B.J. Hidden barriers to improvement in the quality of care – Shattuck lecture. *New England journal of medicine*, **345**(22): 1612–1620 (2001).
- MOSSIALOS, E. ET AL., ED. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- MOSSIALOS, E. & LE GRAND, J., ED. *Health care and cost-containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd., 1999.
- SCHWARTZ, F.W. ET AL., ED. *Fixing health budgets: experience from Europe and North America*. New York, NY, John Wiley & Sons, 1996.
- WAGSTAFF, A. ET AL., ED. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 1993.

3.4.2 ПРИВАТИЗАЦИЯ - КРАТКИЙ ОБЗОР ПРОБЛЕМ

Грэг Стоддарт¹⁰

· Термин "приватизация" можно отнести к нескольким различным экономическим понятиям систем здравоохранения: (i) собственность на средств обслуживания и поставку услуг, (ii) финансирование, (iii) управление, (iv) администрирование, (v) регулирование и (vi) предоставление информации. Используя термин, важно точно указывать, какие понятия вовлечены.

· Вышеназванные термины - только средства, при помощи которых страны пытаются достигнуть целей политики или результатов, таких, как улучшенные результаты здоровья, равенство доступа к медицинскому обслуживанию и оплате за него, эффективность в поставке услуг здравоохранения, удовлетворение поставщика и пациента, и полный контроль расходов. Выбор результатов требует, чтобы были сделаны важные суждения о стоимости, которые они могут отличаться от общества к обществу. Нет никакого единственного "лучшего" способа организовать и финансировать системы здравоохранения, который "побеждает" по всем критериям. Все системы имеют свои достоинства и недостатки.

· Более чем когда-либо, противостояние общественного и частного подходов к решению вопросов политики здравоохранения отесняется на второй план новыми моделями общественного/частного партнерства. Все более и более необходимо провести исследования не на уровне стереотипов, а на уровне определенных предложений политики с ясно определенными целями.

Тьютору на заметку

Спорной темой – и одним из важных направлений деятельности тьютора – всегда был вопрос, как отделить проблемы свидетельств исследований от тех, которые являются проблемами суждений о ценности (это не всегда простая задача!).

Главная цель модуля состоит в том, чтобы поощрить студентов более тщательно думать о том, что означает приватизация в контексте определенной политики, которая реализуется в той или иной стране. Цель не состоит в том, чтобы привести доводы за или против приватизации по факту или на основе идеологии. Много будет зависеть от

¹⁰ Этот модуль был подготовлен Профессором Грэггом Стоддартом из Центра Экономического Анализа и Политики Здоровья, Университет McMaster, Канада (электронная почта: stoddart@mcmaster.ca).

основных социальных ценностей в конкретной стране (они могут отличаться от таковых по данным аналитиков), и конкретных преследуемых целей. Например, нам кажется, что исходя из международного опыта не следует то, как приватизация финансовой сферы зависит от контроля расходов – в действительности, имеет место противоположная зависимость; с другой стороны, если политики обеспокоены тем, как увеличить доходы и удовлетворение поставщиков здравоохранения – важная проблема во многих экономических переходных системах – тогда увеличение масштабов приватизации финансовой сферы может быть эффективной политикой. Во всех случаях необходимо будет исследовать воздействие политики на другие цели, типа эффективности и равенства (справедливости).

Модуль может использоваться на всех трех уровнях изучения дисциплины в зависимости от аудитории. Для тех, кто относительно незнаком с дебатами или кто в меньшей степени вовлечен в политику дебатов, модуль может увеличить оценку ими тонкостей и сложности проблем. Слушателям типа бюрократического штата в министерствах здравоохранения, которые ответственны за развитие или реализацию политики,

уделяют повышенное внимание определению функции и целей, связанных с предложениями приватизации, модуль может помочь при анализе и оценке.

Можно привести огромное множество примеров для студентов по их странам (Упражнение 1), но если тьюторы предпочитают, они могут использовать примеры по *Европейской реформе здравоохранения: анализ текущих стратегий* (1). В ходе обсуждения модуля будет предложено, что случай Нидерландов мог бы быть особо интересным примером слияния общественной и частной страховых систем.

Введение

Повсюду в мире страны стараются найти соотношение между общественным и частным секторами здравоохранения. Даже при том, что по этому поводу часто ведутся интенсивные дебаты, значение фразы "соотношение между общественным и частным" зачастую является неясным и часто недооцененным. Точно так же "приватизация" систем здравоохранения – термин, который часто используется без точного понимания значения. Существует несколько направлений деятельности системы здравоохранения, и соотношение между общественным и частным может быть различным. Действительно, кроме того, что уже ясно, что крайности чисто общественных и чисто частных систем, определяемые стереотипом мышления, практически не имеют смысла, это также ситуация, когда некоторые аналитики чувствуют, что сложность отношений в системах здравоохранения делает простые различия между общественным и частным почти невозможными.

Цель этого краткого модуля состоит в том, чтобы прояснить смысл рассуждений о приватизации путем (i) различных направлений деятельности и активности, к которым может быть применен этот термин, (ii) обсуждения того, какое отношение приватизация имеет к другому часто используемому термину, "конкуренции" и (iii) иллюстрации сложности установления границы между общественным и частным в некоторых случаях реформы здравоохранения. Модуль не предназначен для того, чтобы давать советы политикам. Не существует единственного наилучшего пути структурирования системы здравоохранения, который выигрывает по всем уместным критериям. Кроме того, решения о структуре и функционировании системы здравоохранения неотъемлемо вовлекают суждения о ценности в рамках социальных целей; каждая страна должна сделать это в пределах своей собственной культуры. Есть, однако, обширный международный опыт в отношении различных моделей взаимодействия общественного и частного, и некоторые аспекты этого опыта включены в модуль.

Модуль начинается с обсуждения шести важных типов функционирования или деятельности, которые происходят в пределах систем здравоохранения. В модуле

отмечается, что каждая система может содержать и общественные, и частные элементы. Это иллюстрирует сложность установления границы между общественным и частным посредством обсуждения нескольких ключевых вопросов вместе с реформой здравоохранения. Модуль заканчивается упражнением, которое предлагает ряд суждений одного из международных экспертов по реформе экономики здравоохранения.

Обсуждение

Назвать ту или иную систему здравоохранения полностью "общественной" или "частной" невозможно, потому что системы содержат много различных типов функционирования, каждый из которых может быть общественным, частным или смешанным общественным/частным. В соответствии с таксономией (классификацией), используемой в Канаде профессорами Грэггом Стоддартом и Робертой Лабель (2), возможно идентифицировать шесть различных экономических функций, которые осуществляются в системах здравоохранения:

- собственность на средства обслуживания и поставки услуг
- финансирование
- управление
- администрирование
- регулирование
- предоставление информации.

Каждая из них может содержать смесь общественных и частных элементов. Больницы, клиники, врачебные практики, лаборатории, медицинские учреждения длительного пребывания (стационары?) и даже услуги скорой помощи - примеры средств обслуживания, которые являются частными и управляемыми в одних странах, но не являются таковыми в других. Даже в пределах одной страны может быть смесь типов собственности. (кроме того, хотя частная собственность подразумевает частную поставку услуг, государственная собственность не исключает некоторую частную поставку услуг, например в ситуации, в которой частные врачи используют общественную больницу.)

Финансирование - то есть увеличение доходов системы здравоохранения - также часто включает общественные и частные источники, начиная с налогов (налоги на личный доход, налоги на корпоративный доход, налоги с продаж и акциз, и т.д.) и социального страхования и заканчивая частным страхованием и прямой нагрузкой (включая незаконные платежи) на частный сектор.

Термин "управление" используется здесь в самом широком смысле и затрагивает действия стратегического планирования, выработку тактики и принятие решений, определяемых руководством систем здравоохранения. И опять, это может произойти как в агентствах или отделах правительств, так и в исполнительных офисах частных фирм, или и там, и там. Термин "администрирование" используется для того, чтобы обозначить ежедневные действия, которые нужно совершить, и управленческие решения, которые нужно выполнить. Некоторыми аспектами публично-финансируемых систем можно управлять конфиденциально, как, например, в случае, когда требования, предъявляемые к деятельности общественной страховой сферы здравоохранения противоречат требованиям, предъявляемым к частной фирме.

Регулирование, то есть установление правил, обычно воплощаемое в законодательстве, чаще всего связано с правительством страны, но и здесь могут присутствовать частные элементы, как в практике руководства, которой должны следовать служащие международной сети больниц, основным мотивом деятельности которых является прибыль.

Наконец, предоставление информации о стоимости, эффективности, потребности в медицинском обслуживании и его пригодности происходит и в общественном, и в частном секторах большинства систем здравоохранения.

Эти функции являются средствами, при помощи которых страны пытаются достигнуть целей или результаты политики, такие, как улучшение результатов здоровья, равенство при доступе к медицинскому обслуживанию и при плате за него, эффективность в поставках медицинского обслуживания, повсеместный контроль расходов, и удовлетворения поставщика и пациента. Поэтому вызов, стоящий перед каждой страной, состоит в том, чтобы найти соединение общественной и частной деятельности и в пределах и за рамками этих функций, которое лучше всего приведет к поставленным результатам. Однако, нужно понимать, что приватизация (любой функции) - только средство; это не самоцель. В каждом определенном случае приватизации важно задать вопросы: “Какую цель должны достичь приватизация?” и “Есть ли более рентабельные альтернативы приватизации для того, чтобы достигнуть этой цели?”

Важная тема для рассмотрения, взятая из международного опыта, - это то, что противостояние общественной и частной собственности на средства обслуживания и поставку услуг может быть одним из наименее важных аспектов дебатов, особенно по сравнению с финансированием, управлением и регулируемыми функциями. Эти последние функции вмещают в себя определение критических сроков и условий работы системы здравоохранения (например, универсальный охват населения, предложение работников здравоохранения, стандарты качества и рентабельности), независимо от того, поставляют ли услуги общественные или частные служащие в общественных или частных заведениях. Финансирование, управление и регулирование системы здравоохранения могут обеспечить контроль над расходами и потреблением, что необходимо для достижения целей политики.

Все модели организации системы здравоохранения имеют свои преимущества и недостатки. Несмотря на то, что частные собственность и поставка обслуживания часто связывают с большей гибкостью, адаптируемостью и склонностью к инновациям, нужно помнить и о ситуации, когда услуги оказываются только лишь по решению тех, кто принимает решения в вопросах менеджмента. Частные фирмы, которые работают ради получения прибыли, будут вести себя не так, как те, для кого получение прибыли не является основным мотивом деятельности. Снова, структура управления собственностью более важна, чем сама собственность.

Это не значит, что мы считаем, что мотивация общественных менеджеров, которые не сталкиваются с мотивами прибыли, является незначительной. Действительно, связь вознаграждения с работой возможно еще труднее увидеть в общественном секторе, особенно при высокой бюрократии, когда испытывается недостаток в гибкости трудовых соглашений или возникают трудности, связанные с поддержанием организаторских навыков и обучением. Однако, мотивация прибылью обычно находится в противоречии с общественными результатами, по крайней мере в условиях клинических, а реже и неклинических услуг.

Точно так же различные модели финансирования имеет свои проблемы. Финансирование путем частного страхования или прямой нагрузки очень регрессивно, поскольку бремя затрат на здравоохранение распределяется неравномерно, а относительно дохода, и у бедных людей возникают существенные проблемы при доступе к услугам. Международный опыт также говорит нам о том, в этой модели трудно контролировать общие расходы на здравоохранение.

Общественное финансирование, основанное на налогах, функционирует намного лучше с точки зрения контроля расходов, и в большинстве стран она слегка прогрессивна. Это, однако, создает постоянные политические дебаты между правительствами и поставщиками здравоохранения относительно приемлемого уровня услуг (и доходов), так как правительства должны жить в пределах своих средств в соответствии с ростом и работой их экономических систем. Эта модель также требует эффективной системы сбора налогов, что проблематично в некоторых странах.

Модели общественного финансирования, основанные на социальном страховании - альтернатива моделям, основанным на налогах. Они относительно хорошо справляются с контролем расходов (хотя не совсем так, как модели, основанные на налогах). Они часто основаны на занятости и могут быть регрессивными, если отчисления рабочих – это фиксированный процент от дохода, возрастающий до определенного уровня. Они могут также быть менее прозрачны, чем системы, основанные на налогах, которые постоянно исследуются, и некоторые аналитики чувствуют, что это может снизить стимул для рентабельного управления.

Ввиду такого множества особенностей работы различных моделей финансирования и собственности/поставки, страны, которые решают перейти от одной модели к другой, должны сделать все возможное для исследования потенциальных проблем. Например, переход от модели, финансируемой на основе налогов, к модели социального страхования может увеличить потребность в организаторских и страховых навыках. Движение к частному страхованию или от модели, финансируемой на основе налогов, или от модели социального страхования может потребовать, чтобы правительство начало дополнительный охват проблем равенства и доступа. Движение от общественной к параллельной общественной и частной системе поставки будет требовать, чтобы новая политических мер управления врачами и предотвращения случаев, когда врачи, работающие в обеих системах, переводили бы бесплатных пациентов в частный – платный – сектор. Каждая ситуация будет отлична; важно понять, однако, что нет простых ответов на вопрос о том, как структурировать системы здравоохранения.

Другая тема, которая появляется, связана с опасностью приравнивания понятия "частный" к понятию "конкурентный". Слова "частный" и "общественный" имеют отношение к статусу. А конкуренция – это процесс. "Частный" не означает "конкурентный", что иллюстрируется существованием частных монополий. И при этом "конкурентный" не подразумевает "частный". Конкуренция может использоваться в пределах компонент системы, которые относятся к общественной собственности или финансируются общественным путем, а также и в частных компонентах, или при взаимодействии этими двумя компонент. Как указывают профессор Ричард Салтман и политический аналитик ВОЗ Джозеф Фигуерас (1), конкуренция является самым успешным из продвигаемых общественных результатов, когда она сосредоточена непосредственно на стороне предложения и им ограничена (контрактные неклинические услуги, контракты на работу поставщиков клинических услуг, товары-заменители фармацевтических препаратов, и т.д.). Проблемы возникают при анализе отдельных пациентах, которые делают выбор лечения или страхования так, как будто осуществляют рутинное потребление продуктов, относительно которых они являются хорошо информированными. Однако, учитывая существующее ограниченное знание в этой области, нужно признать, что трудно сделать любые категорические выводы, и что суждения о ценности различных целей политики будут значительно влиять на любые выводы.

Третья тема, которая появляется из недавних реформ здравоохранения в нескольких странах, которые создали расколы между покупателем и поставщиком, заключается в том, что сложность современных систем здравоохранения иногда делает невозможными различия между общественным и частным. В некоторых случаях трудность заключается в принятии решения о том, как применять и применять ли вообще термин "общественный" к покупателям, которые могут быть квазигосударственными, неправительственными организациями или корпорациями, которыми управляют на некоммерческой основе. В других случаях общественные и частные элементы являются взаимозависимыми, даже в пределах категории услуги. Существуют разные моделей собственности покупателя и поставщика. Далее, проблема появляется в общественных/частных договоренностях, сделанных на рынках капитала с тем, чтобы финансировать новые средства обслуживания; например, практика использования частно-

государственной кооперации все более и более распространяется для того, чтобы добавить новые средства обслуживания или увеличить количество или качество старых (3).

Результат последних трендов заключается в том, что сегодня, более чем когда-либо, противостояние частного и общественного в политике здравоохранения должно быть продолжено на уровне определенных политических предложений, оцененных в сравнении с целями социальной политики. Только на этом уровне детального анализа некоторые из более новых, более сложных предложений могут быть полностью поняты. "Общественное против частного" – не самый ясный или полезный путь для создания политических дебатов; скорее нужно сосредоточиться на реализации.

Упражнение 1

Идентифицирует один политический путь в вашей стране, который включает "приватизацию" системы здравоохранения. Какую из шести функций, описанных в этом модуле, он вовлекает? Выскажите ваше мнение (и причины так думать) относительно того, как политика реализовалась бы исходя из критериев:

- улучшения результатов здоровья
- равенства в доступе к медицинскому обслуживанию и в плате за него
- эффективности поставки медицинского обслуживания
- повсеместного контроля расходов
- удовлетворения и пациента, и поставщика.

Упражнение 2

Приватизацию (особенно относительно функции финансирования) иногда связывают с рыночными реформами. В Приложении 1 представлены восемь рассуждений о таких реформах из статьи Профессора Роберта Эванса (4). Вы соглашаетесь или не соглашаетесь с Профессором Эвансом? Используйте его рассуждения как основание для обсуждения проведения рыночных реформ в Вашей стране. Как Вы думаете, при каких условиях страна может вводить рыночную систему? Что является подтверждением Вашего ответа? Какие цели лучше всего достигаются именно рыночной системой? Какие суждения о ценности вовлечены в принятие решения о рыночной системе?

На заметку: для аудитории, знакомой с понятием, введенным в Модуле 3.3.1: расходы = доходы = структура дохода, Приложение 2 может использоваться для иллюстрации ключевых проблем

Приложение 1. Итоговые суждения о работе «Движение ради денег: план мероприятий по перераспределению находится на втором плане после реформы здравоохранения на основе рынка» Роберта Г. Эванса

1. В здравоохранении нет "частного, конкурентного рынка" в той форме, в какой он описан в учебниках по экономике. Его никогда не было, и особенности здоровья и здравоохранения делают само его появление невозможным. Общественные и частные действия всегда переплетались.

2. Постоянный интерес к воображаемому частному конкурентному рынку подогревается целями распределения. Они определяют три вектора конфликта:

(i) прогрессивность или регрессивность системы финансирования здравоохранения: кто должен заплатить, и сколько?

(ii) относительность дохода поставщика: кто платит, и сколько?

(iii) понятие доступа к здравоохранению: могут ли люди с большими ресурсами покупать "лучшие" услуги?

3. Реальная политика делится на две категории:

(i) степень использования механизмов, подобных рынку, в пределах публично финансируемых систем здравоохранения;

(ii) степень, до которой определенные услуги могут финансироваться не извне общественного сектора, через квазирынки, и посредством соединением общественного и частного регулирования.

4. Предложения к перемещению к большому количеству квазирынков путем расширения частных механизмов финансирования основываются на вопросах распределения. Они отражают тот факт, что, по сравнению с общественными системами финансирования, частно регулируемые квазирынки до настоящего времени были:

(i) менее успешными в контроле за ценами и в ограничении поставок услуг (больше рабочих мест и более высокие доходы для поставщиков);

(ii) поддержаны большим количеством регрессивных источников финансирования (здоровый и богатый платит меньше, а больной и богатый получает льготный доступ);

(ii) вне правительственного бюджета (повышение стоимости в экономике похоже на сохранение стоимости в общественном секторе).

5. Подобные рынку механизмы в пределах публично финансируемых систем здравоохранения представляют собой специфический набор инструментов управления, которые могли бы использоваться наряду с другими более устоявшимися механизмами, чтобы реализовать следующие общепринятые социальные цели:

(i) эффективное здравоохранение, эффективно обеспечиваемое и справедливо распределенное среди населения согласно потребности;

(ii) четкая, но не чрезмерная компенсация поставщикам; и

(iii) равноправное распределение доли самостоятельной оплаты согласно способности заплатить, в пределах полного пакета расходов, который является совместимым с пропускной способностью всей экономики, или скорее с коллективной готовностью ее членов заплатить.

6. Эти общие цели, кажется, разительно отличаются по странам. Их определенное содержание конечно намного более спорно: они – фундаментальные политические утверждения и, как обычно, Бог и дьявол проявляются в деталях (мелочах). Но ключевой пункт – это то, что эти социальные цели имеют более высокую приоритетность, чем выбор любого специфического набора механизмов для их достижения. Они – результаты; а соединение общественных и частных действий – средства для достижения этих результатов. (Рынки были сделаны для людей, а не наоборот.)

7. Подобные рынку механизмы, как класс, не имеют никакого врожденного или априори требования предпочтения именно их в качестве механизмов достижения общественных целей. И при этом нет, до настоящего времени, никакой эмпирической поддержки их широко распространенному использованию. В различных странах есть множество интересных примеров использования экономических стимулов, чтобы претворить в жизнь определенные изменения, и они выдерживают строгую оценку. Но это все еще экспериментальная технология для управления системой. Кроме того, есть основания для серьезного беспокойства об отрицательных побочных эффектах от преобразования структуры мотиваций и вознаграждений в здравоохранении.

8. Центральной ролью правительства остается осуществление, непосредственно самим правительством или более традиционно – путем делегирования полномочий, общего надзора и политическая ответственность за систему здравоохранения в стране. Правительства все более и более действуют как "объединения потребителей", или как благоразумные покупатели от имени своего населения. Они должны выбрать, какие управленческие инструменты работают лучше всего для достижения этой цели, подчиненной политическим ограничениям, созданным фундаментальными конфликтами интересов распределения, о которых говорилось выше. В частности они могут делегировать некоторые аспекты этой роли, но им нельзя снять с себя все полномочия. В

одной стране, где коалиция частных интересов препятствовала правительству взять на себя эту ответственность, результаты были чрезвычайно неудовлетворительны.

Приложение 2. Использование расходов = доход = структура дохода

Структуры здравоохранения имеют врожденную тенденцию к расширению (см. Модуль 2.3.1). Когда правительства сталкиваются с финансовой напряженностью, созданной этим расширением, они часто начинают использовать стратегии, которые увеличивают долю частного финансирования. Две самых общих стратегии состоят в том, чтобы положить в основу оплату самим пользователем в той или иной форме и/или позволить увеличить роль частного страхования. Обе эти стратегии имеют существенные перераспределительные эффекты: уравнение расходы = доход = структура дохода, введенное нами в Модуле 3.3.1, может помочь проиллюстрировать ситуацию.

В обоих случаях, цель состоит в том, чтобы увеличить отношение (самостоятельная оплата пользователя UC или частное страхование PI) к (налогообложение TF плюс социальное страхование SI) в пункте доходов структуры. Как правило, цель состоит в том, чтобы фактически уменьшить TF + SI, перемещая финансовую нагрузку на UC и/или PI. Профессор Эванс отмечает в своей статье, что, хотя в теории часто рассматривается вопрос использования частного финансирования для понижения уровня потребления (Q), на практике это происходит редко. Действительно, международный опыт свидетельствует о том, что увеличивающаяся уверенность относительно частного финансирования приводит к повышению уровня общих расходов здравоохранения ($P \times Q$), сопровождаемому более высоким уровнем общих доходов (TF + SI + UC + PI), даже при том, что общественный компонент доходов (TF + SI) может быть ниже. (Об этой и других проблемах, связанных с этим модулем, слушатели могут прочитать в статье (4) Evans, и также, Отчете ВОЗ по конференции по Реформам Здравоохранения в Любляне (5) и Ljubljana Charter (6), в котором подвергается сомнению использование стратегий на основе рынка для сдерживания стоимости.) Более высокие общие расходы и более высокие общие доходы должны также подразумевать более высокие общие заработки ($W \times Z$), что помогает объяснить, почему поставщики здравоохранения часто являются защитниками увеличения частного финансирования. Они совершенно правильно ощущают, что эта стратегия увеличит ресурсы на систему здравоохранения, и поэтому доходы, полученные из этой системы, тоже вырастут. Профессионалы здравоохранения типа врачей, не будут единственными, кто извлечет выгоду из увеличения доходов, связанных в особенности с частным страхованием; служащие и акционеры самих страховых фирм составляют другую важную группу бенефициаров.

Кажется, что при анализе не были учтены получатели и потенциальные получатели услуг здравоохранения, которые являются также индивидуальными пациентами и гражданами, часть доходов которых также изымается, или через общественный, или через частный сектор. Именно для этой группы последствия перераспределения являются потенциально самыми важными.

Рассмотрим в начале случай увеличения расходов пользователя за счет услуг системы здравоохранения, финансируемых, прежде всего, через прогрессивное налогообложение (например, личные подоходные налоги), что является одним из самых общих сценариев реформы. Предположим, что те, кто использует услуги здравоохранения, являются менее здоровыми людьми, таким образом, бремя финансирования должно быть перемещено со здоровых на больных. (Отдельная, но важная проблема – это определение степени, в которой самостоятельная оплата снижает потребление (Q), это часто происходит с бедными, которые меньше всего в состоянии оплатить лечение сам и больше всего нуждается в медицинских услугах.) Если система финансируется посредством прогрессивного налогообложения, возникает дополнительный эффект перераспределения; более богатые люди в обществе извлекают

больше пользы от освобождения от уплаты налога, восполняемого прямыми вычетами из доходов. Комбинация этих двух эффектов означают, что финансовое бремя платежа за здравоохранение перемещается от здорового и богатого к больному и бедному. Относительно богатые люди, которые в среднем относительно здоровы, выигрывают; относительно бедные, которые в среднем относительно больные, проигрывают. Это может помочь объяснять частый политический союз между поставщиками здравоохранения и богатыми людьми в поддержку увеличения доли частного финансирования.

Несколько более сложный анализ – анализ частного страхования (PI) и самостоятельной оплаты (UC) (при желании слушатели могут обратиться к статье Эванса (4)). Но зато такой анализ дает картину перераспределения. Кроме того, на практике при значительной доле частного страхования используется самостоятельная оплата в комбинации со страховыми взносами, и индивидуальная оценка риска в частном страховании может оценить охват без учета многих малообеспеченных людей и/или отрицать охват очень больных людей.

Литература

1. SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J., ED. *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (ISBN 92 890 1336 2).
2. STODDART, G.L. & LABELLE, R.J. *Privatization in the Canadian health care system: assertions, evidence, ideology and options*. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1985.
3. OVRETVEIT, J. Beyond the public-private debate: the mixed economy of health. *Health policy*, **35**: 75–93 (1996).
4. EVANS, R.G. Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform. *Journal of health politics, policy and law*, **22**(2): 427–465 (1997).
5. *Proceedings of the WHO Conference on European Health Care Reforms, Ljubljana, Slovenia, June 1996*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.
6. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document EUR/ICP/CARE 9401/CN01).

Дополнительная литература

- CARRIN, G. ET AL. Introduction to special issue on the economics of health insurance in low and middleincome countries. *Social science and medicine*, **48**(7): 859–864 (1999).
- HSIAO, W.C. Abnormal economics in the health sector. *Health policy*, **32**: 125–139 (1995).
- LONNROTH, K. ET AL. Risks and benefits of private health care: exploring physicians' views on private health care in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Health policy*, **45**(2): 81–97 (1998).
- MUSGROVE, P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, World Bank, 1996.
- PROPPER, C. & SODERLUND, N. Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs. *Health economics*, **7**: 187–197 (1998).
- SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health affairs*, **17**(2): 85–108 (1998).
- SCHUT, F.T. Health care systems in transition: the Netherlands. Part I: Health care reforms in the Netherlands: miracle or mirage? *Journal of public health medicine*, **18**(3):278–284 (1996).
- VAN DE VEN, W.P.M.M. & SCHUT, F.T. The Dutch experience with internal markets. In: Jerome-Forget, M. et al. *Health care reform through internal markets: experience and proposals*. Brookings Institution, Washington, 1995.
- VAN DOORSLAER, E. ET AL. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford University Press, New York, 1993.
- VIENONEN, M. *Health care reforms on the European scene*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996.

WILLIAMS, A. Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. *Journal of health economics*, **7**: 173–183 (1988).

WOOLHANDLER, S., HIMMELSTEIN, D.U. The deteriorating administrative efficiency of the U.S. health care system. *New England journal of medicine*, **324**: 1253–1258 (1991).

3.4.3 ПРИВАТИЗАЦИЯ - ОЦЕНКА СТРАТЕГИЙ В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Энтони Дж. Кулайер и Ричард Б. Салтман¹¹

Ключевые понятия

- Страны с переходной экономикой, особенно недавно получившие независимость государства (СНГ) должны очень тщательно рассмотреть варианты, предпосылки и вероятные результаты приватизации.

- при реализации той или иной стратегии нельзя ограничиваться лишь выбором между бюрократической монолитной командно-контролируемой управляемой государством системой с одной стороны, и полностью приватизированной, ориентированной на прибыль, частной системой с другой стороны. Есть много промежуточных вариантов, использующих различные типы рынка.

- Существуют многочисленные модели развития для стран Центральной Азии и других государств, недавно получивших независимость. Их нужно изучать, делать выводы, изменять под себя и адаптировать.

Тьюторам на заметку

- Этот модуль основывается на Модуле 3.4.2: *Приватизация - краткий обзор проблем*. В нем затрагиваются проблемы, которые, вероятно, будут важны с учетом специфического контекста в СНГ и странах подобного уровня развития. В действительности это основано на консультационных услугах.

- Модуль может помочь высшим чиновникам и советникам в поиске нужной информации и при исследованиях, а также помочь понять некоторые из практических проблем.

Введение

Этот модуль разделен на две части. В первой раскрывается ряд общих принципов, которые можно применить к странам Центральной и Восточной Европы и СНГ. Эти принципы имеют свою ценность, на которую, однако, накладывают отпечаток определенные политические и социальные суждения. Поэтому каждая страна должна оценить пригодность этих принципов с точки зрения своей национальной истории, культуры и долгосрочных стремлений. Вторая часть модуля рассматривает ключевые вопросы конкретно для СНГ и пытается реализовать принципы, о которых шла речь в первой части.

Принципы приватизации

Этот раздел выделяет несколько общих принципов, которые могут быть использованы в контексте каждой отдельной страны. Нет никакого преимущества в однородности сектора здоровья – ни для приватизации, ни для чего-то еще, и каждая страна выбирает свой собственный индивидуальный путь для достижения поставленных

¹¹ Этот модуль подготовлен Профессором Энтони Дж. Кулайером, Директором Отдела здравоохранения, Отдела Экономических Исследований, Университет Йорка, Великобритания (электронная почта: ajc17@york.ac.uk), и Профессором Ричард Б. Салтман, Департамент Министерства Здравоохранения и Управления, Школа Здравоохранения Роллинса, Университет Эмори, США (электронная почта: rsaltma@sph.emory.edu).

целей. Бывают случаи, когда внутренние меры приобретают международное значение, например, когда внутренние меры становятся условиями для того, чтобы обеспечить внешние гранты или ссуды (при определенных условиях будут проведены переговоры для достижения взаимно удовлетворяющих соглашений), или когда меры финансирования реализуются для того, чтобы получить несправедливые преимущества в международной торговле (тогда главной проблемой будет распределение затрат на здравоохранение, оплаченных владельцами, предпринимателями и служащими в экспортноориентированных отраслях промышленности). Основная цель сектора здравоохранения должна заключаться в том, чтобы политика, выбранная правительством, обеспечивалась наиболее рентабельными средствами.

Принцип 1

Тип, возможности и степень приватизации в здравоохранении в стране должны быть оценены с точки зрения целей этой страны относительно сектора здравоохранения, его поставок и финансирования, местной культуры и местных ресурсов (включая организаторские способности).

Структура, организация и финансирование системы здравоохранения изменяются в зависимости от страны. Хотя многие страны имеют схожие проблемы, не все решают их одинаково. Решения, которые могут быть приемлемы для одной страны, могут быть несоответствующими для другой. Они могут отражать различные приоритеты относительно равенства или мощное влияние той или иной влиятельной группы в системе здоровья. Они могут быть обусловлены пригодностью ресурсов, качеством информационных систем или уровнем организаторских способностей в пределах сектора здравоохранения. Все эти факторы должны быть учтены при определении масштаба и возможностей приватизации.

Принцип 2

Приватизация – не самоцель, а средство достижения цели.

Если принципы приватизации разрабатываются с учетом страновой или местной специфики, приватизация может повысить эффективность достижения социальных целей, поощряя творческие инициативы в пределах сектора здравоохранения. Важно, чтобы были четко определены цели политики. Если есть четкая цель, степень уместности приватизации будет зависеть от степени, до которой она будет эффективно помогать в достижении цели в течение длительного периода времени, а также от относительной эффективности альтернатив приватизации. При оценке рентабельности приватизации мы используем аналитическую структуру (определение целей, реализуемых в соответствии с оценкой эффективности приватизации, хотя есть и другие возможные варианты) - подходящую структуру для того, чтобы задуматься о проблемах, но и оставить место для политической оценки. Напротив, эта структура служит помощью при оценке, а не ее заменой. Не существует "научного" решения большинства основных политических выборов. Лица, принимающие решения, противостоят ряду политических событий, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Метод, предложенный здесь, имеет преимущество, поскольку в нем систематически присутствует мысль о постановке целей, о вариантах того, как их достичь, привлекая доступные свидетельства исследователей и из своей страны и из других стран. Это предпочтительно для "выхода" из сложной ситуации, особенно в то время, когда необходимы существенные изменения.

Принцип 3

Приватизация – это вопрос определения прав собственности.

Права собственности определяют пути использования или неиспользования ресурсов, включая условия, на которых они могут быть обменены. Собственность – это не врожденное физическое свойство, а социально обусловленное использование или

неиспользование актива. Например, человек может "иметь" кусок земли и считать, что он имеет частное право собственности на него. Однако такое право собственности не подразумевает права на разработку подземных полезных ископаемых или использование воды, которая течет по этой земле, или на авиaperелеты над этим местом, или на утилизацию вредных веществ на этой земле, или на охоту на ней, или на постройку здания такой высоты, которое затеняет соседний участок. Кроме того, другие могут иметь право ходить или ездить по рассматриваемой земле, и может существовать определенные инструкции, согласно которым можно строить только определенные типы зданий или вносить только определенные изменения в постройки на этой земле (в случае, когда, например, эти здания имеют историческое или культурное значение). Кроме того, существование таких частных прав может быть подчинено определенному периоду времени (в случае, если земля арендована), и владельцы могут устанавливать условия, которых арендатор обязан придерживаться. Этот пример ясно дает понять, что актив вполне может иметь множество "владельцев" со своими определенными, законодательно защищенными правами. Масштаб и возможности прав на использование актива лежат в основе его цены и в коммерческом смысле этого слова, и в более широком социальном смысле. Например, определенные имущества могут быть отчуждены от их "владельцев" и поэтому не могут быть проданы, или актив, находящийся в общественной "собственности" не может быть использован в коммерческих целях, или учреждение здравоохранения может быть приватизировано на условиях, требующих, чтобы оно было некоммерческой организацией.

Из этого следует, что обычно имеется множество вариантов приватизации. Право пользования зданием, например, больницей или клиникой, по существу определяется не намерением его приватизировать, а природой поставленной цели, диапазоном прав пользования, которые могут быть или не быть реализованы, периодом времени, в который могут быть реализованы права собственности, вопросом, включает ли пучок прав на приватизацию право на продажу и право на использования актива, вероятную прибыль от приватизации, и стоимость продажи актива общественному сектору после его приватизации. Таким образом существует множество возможностей в пределах любой программы приватизации для разных типов передачи активов от общественного сектора частному, которые лучше всего рассматривать с точки зрения их вероятных последствий для целей публичной политики. Поэтому, даже в пределах программы приватизации есть выбор, и решения относительно этого выбора должны приниматься согласно пучку прав, который с наибольшей вероятностью поможет достичь поставленные цели с наименьшими затратами для общества.

Также нужно отметить, что, даже если государственные активы передаются частному сектору бесплатно или по очень низкой цене, договорные сроки передачи могут включать рассмотрение того, кто получит доход от приватизации и будут ли достигнуты поставленные цели приватизации. Контракт может дать ясно понять природу деятельности приватизированной организации, ее связь с целями общества, и то, насколько организация будет ответственна за свои действия.

Принцип 4

Выборочная приватизация более вероятно будет эффективна в сфере снабжения услугами, нежели чем в сфере финансирования.

Этот принцип основан на сочетании практического опыта и большего количества субъективных и зависящих от культурных условий суждений о ценности. Частное страхование здравоохранения может быть определено как страхования снабжения от стоимости медицинских расходов, а не страхование от издержек плохого здоровья как такового. Оно может быть и монополистическим, и конкурентным. Если оно монополистическое, то доля государственного регулирования будет существенной с тем, чтобы управлять злоупотреблениями монополистической властью в форме излишне

высоких цен. Один из способов контроля в монополистическом случае состоит в том, чтобы вывести из (общественного) страхования на определенный промежуток времени самого рентабельного частного игрока. Такой контракт трудно контролировать и реализовать. Однако использование более слабых форм регулирования еще в меньшей степени приведет к поставленным целям и неизбежно повлечет за собой еще более высокие контроль и затраты на реализацию. Также необходим определенный набор регуляторов, которыми большинство стран не обладает.

Конкурентоспособное частное страхование здравоохранения часто приводит к возникновению риска дискриминации в вопросе страховых взносов и, в случае очень пожилых или хронических больных, обычно приводит к предельно высоким страховым взносам, что вытесняет их с рынка. И тогда необходимы общественные страховые программы (как программы Бесплатной медицинской помощи и ассигнования штатам для предоставления медицинской помощи бедным в США).

Кроме того, конкуренция среди частных ориентированных на прибыль страховщиков порождает риск дискриминации в пределах тех групп, которых застрахуют частные компании. С тех пор, как во всех обществах степень болезни и социальный статус (или доход) имеют обратно пропорциональную связь, конкуренция среди страховщиков обычно нарушает стремление к равенству в системе здравоохранения. Иногда также нарушается и стремление к эффективности, например, когда речь идет о максимизации потребления услуг здравоохранения по отношению к выгодам здоровья в обществе.

Принцип 5

При установлении целей политики нужно как можно больше консультироваться.

Системы медицинского обслуживания подразумевают проведение сложных процессов выбора и обмена и на уровне системы (как установление лимита общественных расходов на здравоохранение), и на более низком уровне (как отказ в определенном лечении одним и предоставление его другим). Вообще, лучше, если эти решения будут отражать широкий процесс консультирования и, по возможности, вовлекать общественность в обсуждение. Таким образом, ценности системы здоровья лучше отразят ценности всего общества.

Принцип 6

Лучшее – враг хорошего.

Вышеупомянутые принципы затрагивают ценности и суждения. Важность установления четких целей для составления проекта системы здравоохранения и систем их поддержки играет почти такую же роль, как установление моральных принципов поведения в общественной и личной жизни. Им можно не всегда соответствовать, но важно знать, где каждый из этих принципов действует, а где нет, с тем, чтобы можно было принять соответствующие меры и вновь приблизиться к идеалу.

Например, хотя обычно система здравоохранения должна рассматривать всех граждан одинаково с точки зрения возможности доступа к здравоохранению, в определенной ситуации может потребоваться пойти на компромисс и позволить незначительный частный сектор страхования и здравоохранения для обслуживания конкретных потребностей (например, для обслуживания иностранных граждан и самой богатой прослойки населения), или же идти на компромисс в вопросах использования дорогих лекарств, устанавливая список наименований.

Принцип 7

Иногда лучше проводить небольшие эксперименты, испытания или реализовывать пилотные проекты, чем перестраивать всю систему здоровья.

Эксперимент (например, в регионе или области) позволяет министерству проверить, может или не может быть реализована та или иная идея в свете полученного

опыта. Такие эксперименты позволяют выявить лучшие методы и распространить их использование более широко. Это не отрицает ценность экспериментирования на местах. Кроме того, эксперимент может и должен иметь как восходящую, так и нисходящую силу мотивации. Министерство должно знать о проводимых экспериментах для того, чтобы можно было использовать позитивный опыт и избегать распространения негативных ситуаций. Также министерство может предложить свой совет относительно проекта и выполнения эксперимента.

Эксперименты должны быть разработаны так, чтобы в итоге дать компетентную оценку относительно того, были ли изменения, наблюдаемые в экспериментальной группе, связаны с политическими изменениями отдельно от других изменений, происходящих в то же самое время. Более широко, при реализации экспериментальных проектов нет необходимости класть все "политические яйца" в одну корзину в ситуации, когда есть сомнение относительно того, будут ли достигнуты поставленные цели.

Реализация приватизации в странах Центральной Азии Приватизация должна быть частью более широкой стратегии реформирования здравоохранения

Система здравоохранения, которую унаследовали страны СНГ при получении независимости, имела значительные преимущества, но и не менее существенные недостатки. Нужно было продолжать изменения в центральном секторе здоровья и реализовать политику устранения недостатков при сохранении унаследованных преимуществ. Предложенные изменения должны быть оценены с точки зрения вероятных результатов, так, чтобы высшие чиновники могли быть уверены, что изменения действительно уменьшат недостатки (например неэффективное управление существующими учреждениями, часто низкое качество услуг, и противоречащее здравой логике недоснабжение медицинским обслуживанием одновременно со сверхинвестированием капитала в институциональные услуги), не вредя унаследованным преимуществам (в частности доступу всех граждан к довольно широкому диапазону услуг здравоохранения). Этот баланс или взаимодействие двух различных, противоречащих друг другу потребностей требуют продуманного и всестороннего подхода к реформе сектора здравоохранения.

Эффективная стратегия реформы может включать приватизацию определенных учреждений здравоохранения как часть более всестороннего подхода к отдельному сектору экономики, совместимую с движением к более широкому распространению частной собственности в экономике в целом. Если в период реформирования ввести эксперимент или пилотный проект, такая стратегия могла бы вероятно дать ответы на такие вопросы как: какие учреждения нужно приватизировать (и почему), кому они будут переданы (и почему), какова природа и возможности прав собственности, переданных таким образом (и почему), какова цена, по которой они были переданы (и почему), каким будет регулирование деятельности приватизированных учреждений (и почему), была ли достигнута поставленная цель, какова скорость, с которой процесс должен продолжаться, и как лучше всего управлять процессом.

Все эти проблемы требуют внимательного изучения баланса преимущества и недостатков унаследованной системы и целей сектора здравоохранения. Крайне маловероятно, что быстрая и плохо продуманная приватизация удовлетворит этим требованиям. Такой процесс, скорее всего, создаст не меньше проблем, чем решает. Кроме того, плохо запланированная приватизация не снимает ответственность за решение проблем с правительства, и даже делает их решение более трудным. Неадекватно

задуманные и спланированные схемы приватизации неизбежно повредят текущее и предполагаемое здоровье самых слабых и самых уязвимых членов общества: детей, пожилых и людей с хроническими заболеваниями, особенно среди самых бедных членов общества. Короче говоря, если приватизация не является способом подрыва поставленных целей системы здравоохранения, то она должна быть частью ясно определенной, широкой и всесторонней стратегии реформирования сектора здравоохранения, включающей финансовые, структурные и организационные вопросы, а также вопросы собственности.

В середине - конце 1990-ых гг., когда приватизация была предложена в нескольких странах СНГ, такой широкой всесторонней стратегии еще не существовало. Процесс производил впечатление "приватизации ради приватизации", как универсальной панацеи от унаследованных проблем сектора здравоохранения. Действительно, цели в некоторых странах, казалось, ставились исходя из финансовых аспектов, а не из рассмотрения политики здоровья, т.е. исходя из того, чтобы снизить выделение средств из бюджета на здравоохранение. Была нестыковка между средствами и результатами, что является особенно опасным для стран с переходной экономикой со всеми отрицательными последствиями для здоровья, которые сопровождают такие процессы перехода.

Эти варианты реализации приватизации, казалось, отражали нехватку эффективных изменений в пределах сектора здравоохранения, по-видимому, считалось, что шоковая терапия была необходима для того, чтобы обратиться к системным проблемам. Однако, неадекватная реализация программы приватизации, или реализация ее не в должном масштабе и в несоответствующие сроки, могла привести к последствиям, полностью противоречащим стремлениям. По причине отсутствия живого отклика в секторе отсутствует четкая структура управления. Это снова приводит к формированию специфического стратегического видения и практических планов, вытекающих из него.

Существует специфическая структурная дилемма в некоторых странах СНГ - дисперсия связанных со здоровьем обязанностей в нескольких министерствах. Таким образом, становится еще труднее достичь того, чтобы политика в сфере здравоохранения развивалась последовательно. И министерства, вместо того, чтобы преследовать свои собственные интересы, должны срочно скоординировать свою деятельность и четко определить обязательства, которые они будут выполнять и в рамках всей стратегии здравоохранения, и при реализации определенной программы приватизации.

Потребность в дополнительных политических мерах

Приватизации, являясь средством для достижения определенных результатов, сама не есть результат. Цели процесса приватизации (который должен включить минимальную дестабилизацию и волнение в обществе) отличаются от целей построения сектора с различной степенью приватизации. Цель наличия (частично) приватизированного сектора здравоохранения состоит в том, чтобы увеличить экономическую эффективность, уменьшая стоимость единицы продукции и улучшая качество продукции.

Приватизация - потенциальная, хотя и не неизбежная, угроза справедливости (эффективности). Цели справедливости определены в Конституции стран СНГ. Если угрозы справедливости нет, приватизация должна сопровождаться рядом дополнительных политических мер. Действительно, чем больше степень приватизации, тем важнее, чтобы реализовалась эффективная дополнительная политика.

Эти дополнительные политические меры, в действительности, являются необходимыми условиями приватизации для того, чтобы достичь эффективности и минимизировать неблагоприятное воздействие на справедливость. Их природа отражает сентенция, описанная выше, о том, что приватизация - средство для достижения результата. Приватизация должна рассматриваться только как один из элементов стратегического подхода к сектору здравоохранения, а не как непосредственно результата этой стратегии.

Существует несколько дополнительных политических мер, взаимодействующих с другими. Некоторые из них, можно предположить, были бы особенно уместны в СНГ. К ним относятся:

- (a) При выборе, что приватизировать, нужно основываться на трех взаимосвязанных факторах, чтобы понять:
 - (i) каковы институты?
 - (ii) каковы услуги?
 - (iii) какое налоговое бремя ввести (и на какие услуги) и кто должен (и не должен) его платить?

Преимственность и взносы, требуемые от пациентов, очень значительны в странах СНГ согласно политике местных институтов. Есть много доводов в пользу реализации национальной политики в соответствии с конституции требованиями справедливости.

- (b) Один из способов понять проблему заключается в критическом исследовании тех услуг, которые в настоящее время подпадают под категорию "гарантированных" или "базовых" пакетов для того, чтобы рассмотреть, какие услуги могли бы быть включены в "основную" группу услуг, свободно доступных для всех граждан. Самые явные претенденты на попадание в этот список первичный диагноз, услуги скорой помощи, помощь при хронических заболеваниях, общественное здоровье и просвещение в вопросах здравоохранения. В каждую из категории основных услуг должны быть включены только услуги, продемонстрировавшие свою эффективность.
- (c) Общественно застрахованные услуги нельзя обеспечить только в общественных учреждениях.
- (d) Определенные категории лиц обычно не осуществляют со-платежи (или делают это по льготному тарифу) в отношении основных услуг. Сюда относятся дети, пожилые, малообеспеченные, инвалиды, беременные женщины и ветераны. Нужно понимать, что между формально согласованным соплатежами и неофициальными платежами, присутствующими во многих системах сегодня, есть важное различие. Формально согласованные со-платежи должны отражать цели политики. Неофициальные платежи отражают решения на местах и, вероятно, будут произвольны, несправедливы и неэффективны.
- (e) Приватизация не обязательно преследует цель "получения прибыли". Во многих странах больницы и клиники работают в частном секторе как благотворительные учреждения или некоммерческие трастовые фонды, которыми управляют или религиозные, или нерелигиозные организации. В некоторых странах СНГ на сегодняшний день отсутствует система регулирования независимых институтов сектора, и имеет место отсутствие традиции частного менеджмента. Значит, движение вперед должно осуществляться при поддержании сильного присутствия общественного сектора. Необходимо взаимодействие уже существующих и развивающихся национальных структур менеджмента, чтобы гарантировать, что система объединена настолько, насколько это необходимо для реализации национальных приоритетов. Эксперименты, как имеющие, так и не имеющие своей целью получение прибыли могут быть проведены посредством тщательно разработанных пилотных проектов и испытаний. Приватизация может принимать разные формы, и простое разделение между частным и общественным имеет мало сходства с разнообразием вариантов, доступных на сегодняшний день.

Операции на рынке капитала

До тех пор, пока существует ограниченный рынок капитала (частные источники заемных средств типа кредитов и облигаций), государственные активы, переданные в частные руки, будет иметь более низкую стоимость и вносить меньший вклад в обеспечение эффективного предоставления услуг из-за неспособности частного сектора

заимствовать по конкурентоспособным и относительно низким реальным нормам интереса для инвестиций. Если заимствование является чрезмерно дорогостоящим для потенциальных покупателей государственных активов, то потенциальных покупателей внутри страны будет относительно не много и степень внешних покупателей будет довольно высока. Если заимствование в обычных операционных целях (оборотный капитал, инвестиции в предприятие) является чрезмерно дорогостоящим, степень адаптации к изменениям, инвестиции в персонал (наём и профессиональная подготовка/переподготовка), и инвестиции в оборудование и здания все будут недостаточно оптимальны и будут ограничивать ожидаемую эффективность прибыли.

Создание регулирующей структуры

Приватизированная часть сектора здравоохранения требует сложной структуры национального регулирования. Она включает в себя установление национальных стандартов для персонала и учреждений, а также контроль и оценку работы поставщиков и результатов системы здоровья в целом. Отсутствие эффективного регулирования может сделать нежелательным приватизацию учреждений-поставщиков из-за опасности злоупотребления частной монополистической властью. Регулирование приватизированных предприятий в пределах сектора здравоохранения также требуется в других целях, например для управления профессиональными монополиями, и устранения процедур, изначально неэффективных или разрушительных, типа неконтролируемых внебиржевых закупок антибиотиков. Стоит отметить, что агентства общественного здоровья также нуждаются в контроле и регулировании.

Обучение экспертов и менеджеров

Приватизация предъявляет высокие требования к навыкам менеджеров на всех уровнях. Развитие навыков требуется не только для управления непосредственно процессом изменения, но также и для управления приватизированными учреждениями таким образом, когда решения принимаются превентивно, а не постфактум, когда они являются инновационными и показывают готовность взять на себя (ощутимые) риски, показывают стратегическое видение и понимание целей сектора, могут выделить практические и эксплуатационные планы. Такие навыки не могут быть приобретены внезапно, но требуют программ обучения.

Механизмы заключения договоров

Частные поставщики здравоохранения (или имеющие, и не имеющие своей целью получение прибыли) - все являются потенциальными подрядчиками государственных "покупателей" услуг. Речь может идти об обязательном фонде Госстраха, о региональных или областных властях, или о других общественных агентствах, которые решают купить услуги от имени определенных групп населения. Важный элемент конкуренции – конкуренция между частными и общественными поставщиками услуг. При необходимости (это модель, широко используемая в Западной Европе), должна быть создана среда заключения контракта, при помощи которой: (а) общественные покупатели может определить свои требования (объем, тип услуг, целевую аудиторию, качество, стоимость, условия доступа для клиентов, и т.д.); (b) потенциальные поставщики может предложить цену для таких контрактов; (c) работа может быть впоследствии проверена; и (d) между подрядчиками могут быть установлены долгосрочные отношения. В течение долгого времени такие контракты могут быть полезными средствами обеспечения, которое становится все более и более важным элементом в североамериканских и европейских системах здравоохранения: предоставление медицинских услуг на основе свидетельства. Отсутствие такого механизма между покупателями и поставщиками, вероятно, приведет к разделению частных поставщиков от общественных и развитию по крайней мере двух вариантов обслуживания (с возможными различиями в качестве и

нарушением такой желаемой справедливости) и упущенных возможностей использования частного сектора в качестве инструмента для достижения целей социальной политики. Контракт должен быть не просто юридически оформленным документом, а письменным выражением объединенных намерений покупателей и поставщиков.

Создание покупательной способности

Частный сектор здравоохранения сталкивается с тремя группами потенциальных покупателей:

- (a) общественные покупатели, которые заключают контракт от имени определенных групп населения (в пределах, скажем, места жительства);
- (b) частные страховые агентства, которые могут заключить контракт на определенные услуги от имени своих клиентов;
- (c) частные лица, которые платят из своего кармана (и предпочтительно не из-под полы) или посредством своей доли страховой ответственности.

Частный рынок ограничен в некоторых странах СНГ и следовательно имеет ограниченные возможности вследствие ограниченной покупательной способности большинства граждан. В настоящее время представляется полезная возможность добиться взаимодействия частного и общественного секторов, посредством чего частные поставщики имеют возможность развития за счет общественных контрактов, эти две части сектора могут развить взаимопонимание того, что ожидается из каждой из них, технология и практика на основе свидетельства в каждой из них могут развиваться равномерно, и публичная политика может быть направлена на мониторинг и контроль частного здравоохранения и частного страхования здравоохранения.

Максимизируя отпускные цены актива

Относительно легко лишить общественный сектор активов. Тяжелее сделать так, чтобы максимизировать финансовую выгоду общественного сектора и таким образом максимизировать доход государства, чтобы возместить бюджетные дефициты и уменьшить государственный долг. Это не просто вопрос о типе процедур торгов, которые будут приняты. Здесь нужно уделить внимание тем экономическим факторам, которые создают спрос на такие активы и которые помогают при определении их стоимости того, имеют ли они стоимость вообще. Факторы, которые понижают стоимость продажи государственных активов, включают ограниченное количество пользователей приватизированных услуг и плохо развитые рынки капитала.

Даже когда рынок капитала развит плохо, с точки зрения стратегии развития имеет смысл приватизировать выбранные учреждения, продажа которых принесет небольшие наличные деньги в государственный бюджет (кроме возможного сокращения продолжающейся утечки расходов). Передача государственных активов бесплатно или по низкой цене не означает, однако, что они должны быть переданы без ясных договорных сроков, определяющих деятельность, которая будет предпринята на приватизированном учреждении, должно ли оно иметь основной своей целью получение прибыли или нет и природу его ответственности перед государством. Также приватизация не должна осуществляться без признания того, что, несмотря на текущую низкую стоимость актива, если приватизация успешна в достижении целей, приватизированные организации представляют потенциальные источники значительного богатства в будущем – это богатство должно перейти в общественный или частный сектор в виде трансферта.

Пересмотр результатов и средств - альтернативные варианты политики

Важны взаимодействие и взаимное укрепление компонентов более широкой стратегии, о которой говорилось выше. На первый план стоит выдвинуть следующие два пункта:

(а) если перед политикой здравоохранения не стоят цели эффективности и равенства, ни процесс приватизации, ни последующая деятельность частного сектора ни будут оптимальны, если мы будем рассматривать их по отдельности, поставленные цели не реализуются, будучи не в состоянии гарантировать соответствующее взаимодействие общественного и частного секторов, а только рост и развитие частного сектора;

(б) цели равенства системы здравоохранения, вероятно, будут поставлены под угрозу, если будут развиваться низкокачественные (общественные) и высококачественные (частные) - процесс, который поощряется, когда существенной становится доля частного страхования здравоохранения.

Как было отмечено выше, приватизация должна рассматриваться как просто один из возможных инструментов для достижения поставленных целей. В издании ВОЗ по реформам здравоохранения в Любляне (1), принятом Европейскими государствами – членами ВОЗ (включая СНГ) в июне 1996, определяются эти фундаментальные принципы как положение ценности в основу, сосредоточение на здоровье, на людях, на качестве, на финансировании и первичной заботе. Таким образом для правительств стран СНГ главным вопросом становится следующий: какие политические вмешательства обеспечивают наиболее рентабельным средствам достижение этих шести целей сектора здоровья.

Приватизация часто связана с теоретическим представлением о том, что здравоохранение является товаром, как большинство других предметов потребления, которые должны быть доступными для покупки и продажи на открытом рынке. Такое представление заманчиво для любой страны, которая унаследовала коммунистическую систему здравоохранения. Фактически, ни одна развитая страны в мире не рассматривает здравоохранение в столь коммерциализированной манере. Даже Соединенные Штаты, которые разительно отличаются от других стран OECD в своей зависимости от частного страхования и организаций-поставщиков, деятельность которых основана на получении прибыли, не реализуют эту теорию полностью. Более чем 40 % финансирования здравоохранения в США получают из обязательного налогообложения (главным образом для того, чтобы поддерживать программы Бесплатной медицинской помощи и ассигнований штатам для предоставления медицинской помощи бедным). В этой стране присутствует значительное число больниц, финансируемых из налоговых поступлений, которые обеспечивают услугами бедным и ветеранов войны. Тем не менее, меркантилизм экономики Соединенных Штатов высок, и за это приходится платить высокую социальную и финансовую цену. Общие затраты на здравоохранение на душу населения почти вдвое больше среднего уровня по OECD и более чем в два раза превышает этот показатель социально ориентированных Швеции и Великобритании. Кроме того, даже с 15 % ВВП, выделяемого на здравоохранение, в США одна треть населения полностью незастрахована (43 миллиона граждан) или только частично застрахована (50 миллионов). Только бедные пожилые граждане в Соединенных Штатах имеют право на заботу на дому, финансируемую посредством налогообложения или долгосрочную заботу сиделки. Мнение о том, что здравоохранение нужно рассматривать как коммерческий товар, и вытекающий отсюда высокий уровень приватизации и в финансовой сфере, и в сфере снабжения связаны с отказом Соединенных Штатов обеспечить адекватное здравоохранение для всего населения и к огромной стоимости того, что действительно обеспечивается.

СНГ нужно рассмотреть, возможно, в сравнении с другими системами как модели для дальнейшего рассмотрения и адаптации. В западноевропейских странах здравоохранение рассматривается как общественный товар, т.е. товар, выгоды от которого имеют не только те, кто непосредственно его получает, но также и общество в целом, и чье равномерное распределение находится в центре политических целей. В таких странах, как Финляндия, Нидерланды, Швеция и Великобритания, и к меньшей степени Италия и Испания, проводились серьезные и длительные попытки провести инициативы,

ориентированные на рынок и более сложное управление того, что осталось в общественной собственности, общественном управлении и под ответственностью общества и систем здравоохранения. Общественные больницы не были приватизированы (хотя общественные пациенты были при случае размещены в частные больницы), а вместо этого были преобразованы в независимые с точки зрения управления общественные фирмы, которые несут общественную ответственность. Они больше не получают бюджетные отчисления от государства, а вместо этого финансируются на основе контрактов или соглашений по финансированию. В Швеции пациенты могут выбрать больницу, в которой они должны лечиться, и деньги, полученные больницей за лечение. Похожие типы "общественных" или "внутренних" рынков существуют между первичной медицинской помощью и вторичной заботой, и между социальной, домашней заботой и частными санаториями и больницами. Все эти меры могут быть характеризованы как запланированные рынки, которые разработаны для того, чтобы поставить определенные цели и гарантировать, чтобы отношения между покупателями (или специальными уполномоченными) и поставщиками были стабильны и присутствовало взаимное понимание и соглашение о целях, обеспечивая таким образом долгосрочные инвестиции в персонал и другие ресурсы. Не все эти меры требуют сложного управления, и многие могли быть реализованы с относительно скромными инвестициями.

Подобный набор вариантов существует относительно государственной структуры или структур, которые обеспечивают ввод этих мер в действие или которые наблюдают за поставщиками. Это должно быть не непосредственно государство, а выбранные государственные структуры (Швеция), муниципалитеты (Финляндия) или, в особенности, назначенные власти (Великобритания). При наличии таких видов децентрализации требуется некоторая общая структура для того, чтобы, например, определить национальные цели по сокращению смертности от определенных причин и в течение максимального времени. В конечном счете эти структуры несут ответственность не только на местном уровне, но также и перед центральным правительством и национальными регулирующими структурами, которые контролируют стандарты и управляют ими.

Таким образом, политика не выбирает между бюрократической монолитной командно-контрольной, управляемой государством системой, с одной стороны, и полностью приватизированной, ориентированной на прибыль, частной системы, с другой. Есть много промежуточных, компромиссных вариантов, использующих различные типы рынка, и существуют многочисленные модели, которые можно использовать СНГ после того, как они будут чтобы исследованы, изменены и приспособлены.

Упражнение 1. Совет относительно приватизации

Правительство государства, недавно получившего независимость (или страны подобного уровня экономического развития) стремиться к приватизации во всей экономике. Вас просят дать совет относительно большей приватизации в отдельных секторах здравоохранения или, более широко, в системе здравоохранения.

- Каких целей можно достичь более эффективно и более справедливо при помощи приватизации?
- Если есть какие-нибудь главные неудобства, как им можно противостоять или минимизировать их?
- Каковы наиболее вероятные затраты и выгоды от большей приватизации, и кто мог бы извлечь пользу или проиграть?
- Ваше суждение и совет подошли бы для другой страны с другим уровнем экономического развития?

Литература

1. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document EUR/ICP/CARE 9401/CN01).

Дополнительная литература

См. список литературы и дополнительной литературы в Модуле 3.4.2.:
Приватизация – краткий обзор проблем

ГЛАВА IV. ЭКОНОМИКА УПРАВЛЕНИЯ И ПРОЦЕССЫ ИЗМЕНЕНИЯ

4.1 Введение

4.2 Процесс, администрирование и управление изменениями

4.2.1 Анализ политики, заключение сделок и переговоры

4.2.2 Политическое управление общественным здравоохранением

4.2.3 Администрирование и управление здравоохранением

4.3 Обновления

4.3.1 Развитие и распространение технологий здравоохранения

4.1 ВВЕДЕНИЕ

Глава 4 учебных материалов касается изменений, общей отличительной черты всех систем здравоохранения в Европе и государствах, где они внедрены, а также того, как можно управлять процессом изменений. Изменения происходят на всех уровнях европейской системы здравоохранения, и некоторые комментаторы указывают, что изменения происходят все быстрее. Проблема изменений и то, как управлять ими, актуальна для всех участников систем здравоохранения, и влияет на их взаимоотношения с другими секциями, дисциплинами и участниками.

Дискуссия о процессе изменений и методах управления им приводится в трех разделах, которые включают всего шесть модулей. Раздел 4.2 включает модуль Профессора Джона Лэвиса из Университета МакМастер в Канаде, и представляет собой введение в концепции анализа политики здравоохранения, а также две дополнительные модели управления здравоохранением.

Анализ политики здравоохранения – это изучение того, почему одни группы (населения?) реагируют на некоторые проблемы или вопросы здравоохранения, а другие нет, почему одни разрабатывают новую политику в области здравоохранения, а другие нет, и почему одни внедряют новую политику в области здравоохранения, а другие нет. Умение выбрать модель отбора вопросов для повестки дня, разработки и внедрения политики в области здравоохранения, а также понимание причин выбора той или иной модели важны для тех, кто работает в сфере здравоохранения. Модуль 4.2.1 посвящен развитию тех умений, которые важны для всех потенциальных пользователей учебных материалов, особенно для тех, кто отвечает за разработку политики в области здравоохранения, и тех, кто влияет на этот процесс (в здравоохранении и сопряженных областях). Авторы модуля также подчеркивают то, что несмотря на важность аналитических конструкций для понимания и предоставления полномочий, любые изменения в любой стране мира обычно сопряжены с заключением сделок, переговорами и компромиссами.

Авторы модуля 4.2.1 рассматривают политику в области здравоохранения на трех уровнях: административном и клиническом (где любая практическая рекомендация может рассматриваться как установка для клиницистов). К примеру, на законодательном уровне авторы упоминают три фактора, которые помогают объяснить эффективность или неэффективность попыток внести изменения в политику в области здравоохранения: интересы (кто выигрывает, и кто проигрывает), учреждения (правила принятия решений) и идеи (ценности и исследования). Авторы заключают, что любые изменения в развитие политики в этой сфере более вероятны в том случае, когда преимуществами от нее будут пользоваться преимущественно влиятельные группы, а также в том случае, когда ее стоимость будет возложена на менее влиятельные группы, когда в структурах, ответственных за принятие решений есть небольшие группы лиц, которые имеют одинаковые полномочия в области принятия решений и которые концентрируют в своих руках все рычаги влияния, а также когда политики менее заметна (особенно для тех, на

чьи плечи возложены расходы по ее осуществлению), и когда ценности и эмпирически протестированные «факты» говорят в пользу такой политики.

Два следующих модуля в Разделе 4.2 касаются администрирования и управления изменениями. Авторы модуля 4.2.2 Кейт Барнард и Профессор Крис Селби Смит пишут о том, как государственное здравоохранение управляется политическими средствами (правительством или организованным обществом, а не узкой частью политической элиты), отмечая, что в конечном счете ответственность за эффективность системы здравоохранения в стране в целом должна всегда лежать на правительстве. Авторы модуля подчеркивают, что HEALTH21, лежащий в основе любой политики в сфере здравоохранения, одобренный Региональным комитетом ВОЗ по Европе в 1998 г., имеет целью стимулировать и направлять страны и комитеты, дать им возможность разработать стратегии и детерминанты в здравоохранении и обеспечить социально ответственное и последовательное развитие систем здравоохранения, большее равенство в этой сфере, более высокие индивидуальные показатели эффективности здравоохранения, уменьшить число заболеваний и травм вследствие поиска новых ресурсов междисциплинарного (межотраслевого) подхода, более эффективное здравоохранение с точки зрения расходов на него. Базовый этический подход – равенство. Авторы модуля также рассматривают важный вклад, который может внести экономика и экономисты в достижение целей, поставленных в HEALTH21, и ключевые факторы успеха внедрения эффективного подхода к политическому управлению здравоохранением и изменениями в нем. Основные темы обозначены четко: взгляды, которые разделяют все, политическая воля к сотрудничеству, поддержка долевого участия, соответствующие механизмы и структуры для определения и внедрения выбранных вариантов, условия для проявления креативного подхода. Авторы модуля заключают, что: «Это может быть нелегко, на это может потребоваться время, но это можно сделать. Однако, это часто не делается, а задача становится более сложной, когда экономика в упадке».

Авторы модуля 4.2.3, Профессор Крис Селбай Смит и Джон Уин Оуэн, рассматривают вопросы управления здравоохранением в другом, но не менее важном аспекте. Они отмечают, что на всех управленцев влияет окружение, в котором они работают, что окружение, в котором управленцы действуют, имеет некоторые особенности, а также что во многих европейских странах в этом окружении происходят важные изменения. Авторы утверждают, что управленцы оказывают свое влияние на предоставление услуг здравоохранения и достижение целей здравоохранения, т.е. в продление жизни и ее качество. Управление здравоохранением предполагает необходимость принятия людьми решений о том, что необходимо сделать и обеспечение выполнения этих решений.

Управленцы связаны и с процессами и с результатами, и результаты включают качество и количество. Поскольку управленцы принимают решения с целью получения результатов, критически важно, чтобы цели, которые необходимо достичь, были четко определены (хотя достичь их полностью может быть трудно) независимо от того, какие тактические поправки время от времени требуется внести. Хорошие управленцы обеспечивают поддержку с широким набором ресурсов (более широким, чем во многих других отраслях), которые должны быть объединены с учетом принципа эффективности, экономичности и равенства. Результат – большая эффективность в достижении результатов у их организаций. Люди – особенно важный ресурс в здравоохранении. Со временем хорошее указание расширяет полномочия людей, предоставляющих услуги, и использующих их, для достижения целей и принятия информированных стратегических решений.

Выдающиеся управленцы, как утверждают авторы, отличаются тем, как они мыслят, излагают и ведут себя. Поскольку они знают о сложности управленческой среды, они не парализованы анализом. Они ориентированы на действие и принятие решений, оптимальных и возможных в конкретных обстоятельствах. Работы управленца неизбежно

предполагает попытку сбалансировать целый спектр рисков, принятие решений по ходу действия, с учетом доступной информации, обеспечение «делового» стиля управления. «Не делал ошибок тот менеджер, который никогда не принимал решений, поскольку управление рисками – неотъемлемая часть этой работы».

Работа управленца проявляется себя практически. Действия менеджера имеют тенденцию быть более вескими, чем то, что он говорит. Влияние управленца в большей степени зависит от того, какой климат он установит, от его лидерских качеств, чем от простого администрирования (см. Учиться жить с экономикой здравоохранения IV-3). Управленец также должен знать о динамических элементах управленческой задачи и о вкладе, вносимом в качество здравоохранения разными отраслями, а также то, что он или она несет ответственность перед более широкой системой здравоохранения и обществом, а также перед конкретным учреждением. В Раздел 4.3 включен модуль, написанный Профессором Бьорном Линдгеном из Университета Лунда, Швеция, и Профессором Майклом Драммондом из Университета Йорка, Великобритания, а также Евой Бондар из Венгрии, которая внесла свои дополнения. Модуль 4.3.1 касается разработки и распространения технологий здравоохранения, предполагающих значительные расходы (капитальные и текущие) и прибыли. Авторами подчеркивается, что технологии здравоохранения, которые являются механизмами, через которые комбинируются ресурсы для оздоровления отдельных индивидуумов и всего населения в целом, не ограничиваются сектором клинической медицины, но состоят из мер по охране здоровья, профилактики заболеваний, диагностированию, лечению, восстановлению и уходу. Новые технологии разрабатываются исследовательскими учреждениями, которые финансирует государство или частные лица, но они разрабатываются не беспорядочно. Разработки начинаются под воздействием стимулов, за которыми стоит нужда в конкретных технологиях. Стимулы могут создаваться государственным регулированием или финансовым рынком. Авторы подчеркивают, что новые технологии в здравоохранении могут использоваться неэффективно. Механизмы оплаты труда профессионалов и учреждений сферы здравоохранения – это факторы, которые могут препятствовать или способствовать разработке и распространению, поскольку и регулирование и финансовые стимулы могут использоваться для поддержки более рационального распределения и использования. Экономический стиль мышления, экономические модели и оценки могут помочь ответственным лицам принять решение об использовании различных технологий в области здравоохранения (а также решить когда и в какой степени они должны быть использованы) и с учетом каких показаний или других условий. Обычно новые технологии распространяются постепенно, поскольку технологии, используемые в здравоохранении, перенести непросто, а многие старые технологии никогда не оценивались с экономической точки зрения (с учетом связанных с ними расходов и прибылей).

Раздел 4.4 включает два модуля. Модуль 4.4.1 подготовлен Крисом Баттэншоу (Великобритания) и касается первичной медицинской помощи. Он подчеркивает, что концепция первичной медицинской помощи, лежащая в основании HEALTH21, предусматривает метод организации медицинской помощи и набор убеждений о том, какие методы лечения приводят к выздоровлению. Концепция включает помощь частным лицам и сообществам. Случаи ее оказания часто рассеяны и почти не поддаются оценке с помощью эмпирических количественных методов, которые часто используются в экономике здравоохранения. Ее ресурсы часто основаны на неформальной помощи отдельных людей, семей или общин. Первичная медицинская помощь – многообещающий феномен с точки зрения эффективности, но существует много факторов, которые могут не дать таким услугам стать важной частью системы здравоохранения. Существуют также различия во взглядах профессионалов, отдельных пациентов и общества в целом.

Автор модуля вновь указывает, что во многих странах Европейского региона ВОЗ изменения в демографии и социальных укладах ставят новые задачи перед системой

первичной медицинской помощи, особенно в случаях, когда необходимо продолжительное предоставление медицинской помощи или при лечении пожилых. Автор модуля также подчеркивает, что недостаток подтверждений необязательно является доказательством неэффективности. Получить четкое подтверждение (такое, которое получается путем испытаний с безвыборочным контролем) в некоторых сферах системы здравоохранения труднее, чем в других. Автор указывает, что ресурсы могут распределяться в сферы, где легче получить твердые подтверждения, и это необязательно те сферы, где средства нужны больше всего.

Модуль 4.4.2, написанный Др. Манфредом Валднером и Дл. Оливером Сандха (Мюнхен, Германия), касается участия граждан, прав пациентов и этических проблем. Авторы вносят важный вклад в учебные материалы, поскольку эти темы часто неадекватно рассматриваются во многих учебных пособиях по экономике здравоохранения, а традиционные экономические теории, основанные на индивидуальных предпочтениях не дают адекватного описания всех условий, которые влияют на спрос на рынках медицинских услуг. На самом деле, знание теории этики и прав, а также возможных стратегий их осуществления в реальной жизни очень важно для экономистов, работающих в сфере здравоохранения, поскольку они могут регулировать или иным образом влиять на рынок и поведение его участников (формирующих спрос и предложение). Кроме того, ожидается, что участие общественности, права пациентов и потребителей будут играть важную роль в медицинской практике и на других рынках здравоохранения в будущем. Модуль будет очень полезен для всех четырех групп потенциальных пользователей учебных материалов, которые осознают, что этический выбор может быть мучителен. Тот, кто хочет предоставлять медицинскую услугу, которая подразумевает сохранение доверия пациентов, политической поддержки общественности и спонсоров (частных и государственных) не может игнорировать важные вопросы, которые подняты авторами модуля.

4.2.1 АНАЛИЗ ПОЛИТИКИ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ СДЕЛОК И ПЕРЕГОВОРЫ

Джон Н. Лэвис

Ключевые послания

- Почему необходимо рассмотреть те или иные проблемы и вопросы здравоохранения, стоящие на повестке дня? Почему разрабатывается та или иная политика в области здравоохранения для достижения конкретных целей с помощью конкретных инструментов? Почему на ту или иную политику воздействуют люди? Определение моделей при разработке повестки дня, разработка и практическое осуществление политики в области здравоохранения, а также понимание причин использования таких моделей – полезные навыки.

- Любая политика в области здравоохранения может рассматриваться на трех уровнях: клиническом, административном и законодательном. Анализ политики в области здравоохранения – это исследование почему некоторые группы реагируют на некоторые проблемы здравоохранения, а некоторые нет, почему некоторые группы разрабатывают политику в сфере здравоохранения, а другие – нет, и почему некоторые группы осуществляют свою политику в области здравоохранения, а другие нет. Каждая из этих тем может рассматриваться на каждом уровне целевой группы.

- Те, кто предоставляют услуги медицинской помощи, работают на пересечении образовательной, экономической, административной, коммунальной и личной среды, и согласованность практического указания (которое может рассматриваться как политика здравоохранения для клиницистов) с влиянием такой среды определяет, стоит ли его внедрять. Практические указания стоит внедрять в случаях, когда большое количество информации из многочисленных источников поддерживают действие или бездействие, предусматриваемое таким указанием, когда финансовые стимулы оправдывают его, когда

нормативная база делает такое действие или бездействие возможным, когда давление общественности отсутствует или направлено на поддержку действия или бездействия, предусматриваемого таким указанием, и когда личный опыт позволяет тому, кто предоставляет медицинские услуги, чувствовать, что такое действие или бездействие, не противоречит практическим нуждам.

- Три фактора обычно упоминаются для объяснения действия или бездействия при разработке политики на законодательном уровне: интересы (кто выигрывает и кто проигрывает), учреждения (правила принятия решений) и идеи (ценности и исследования). Любая политика имеет больше шансов получить развитие в том случае, когда преимуществами от нее будут пользоваться преимущественно влиятельные группы, а также в том случае, когда ее стоимость будет возложена на менее влиятельные группы, когда в структурах, ответственных за принятие решений есть небольшие группы лиц, которые имеют одинаковые полномочия в области принятия решений и которые концентрируют в своих руках все рычаги влияния, а также когда политики менее заметна (особенно для тех, на чьи плечи возложены расходы по ее осуществлению), и когда ценности и эмпирически протестированные «факты» говорят в пользу такой политики.

4.2 ПРОЦЕСС, АДМИНИСТРИРОВАНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ

*Модуль подготовлен Профессором Джоном Лэвисом (e-mail:lavisj@mcmaster.ca),
Центр Экономики и Анализа Политики Университета МакМастер, Канада*

- Эти выводы могут использоваться для того, чтобы оценить осуществимость изменений и определить стратегию для внесения изменений, если они представляются возможными. К примеру, кто-то хотел бы разрабатывать свою политику. Первый шаг – это анализ, чтобы определить, кто выигрывает, а кто проигрывает, и что это значит для политической осуществимости предложения. Второй шаг – определение правил принятия решений, а также ценностей и эмпирический тестируемых «фактов», которые поддерживают такую политику. Заключительный шаг – использование знаний, полученных на первой и второй стадии для определения политических стратегий улучшения шансов к тому, чтобы политика была принята. Такие стратегии могут включать заключение сделок, усиление позиции поддерживающих сторон и ослабление позиции оппонентов, мобилизация неорганизованных сторонников и сдерживание организованных оппонентов.

Примечания консультанта

Настоящим модулем вводится набор различных навыков из предшествующих модулей. Как указано в модуле 3.2.1, касающемся взаимоотношений между стратегией «здоровье для всех» и экономикой здравоохранения, концепции и средства экономики здравоохранения могут помочь в понимании целей стратегии «здоровье для всех» и того, как достигнуть их. Модели и средства анализа политики в сфере здравоохранения расширяют дискуссию еще более и дают понимание контекста, в котором эти цели могут обсуждаться, переводиться в политику и приниматься к действию. Поскольку это упражнение не для этого модуля, участникам могут быть заданы следующие вопросы.

1. Какие условия могут способствовать тому, чтобы идея «здоровья для всех» была включена в повестку дня законодателей в странах участников?

2. Какие условия могут способствовать тому, чтобы политика «здоровья для всех» (с целями и индикаторами) начала разрабатываться в их странах?

3. Какие условия могут способствовать тому, чтобы политика «здоровья для всех» (с целями и индикаторами) начала осуществляться в их странах?

Одно важное условие выполняется путем поощрения ответственных лиц, государственных чиновников и другого технического персонала госучреждений, управленцев в сфере здравоохранения и профессионалов-медиков изучать модели и

инструменты экономики здравоохранения. Этот модуль составлен с тем, чтобы заставить учащегося задуматься о том, каковы другие условия.

Первое упражнение – для определения уровня *восприятия*. Первая половина упражнения дает больше возможностей для обучения, если, как минимум, несколько членов группы будут управленцами или профессиональными работниками здравоохранения (к примеру, докторами или сестрами). Вторая половина упражнения дает больше возможностей для обучения, если, как минимум, несколько членов группы будут ответственными работниками (к примеру, выбранными должностными лицами) или государственными служащими или другими государственными техническими работниками (специалистами). Такие подгруппы имеют ценный опыт, из которого консультант сможет извлекать примеры для участников, которые не знакомы с практическими указаниями или законодательной политикой.

Второе упражнение нацелено на уровень (критический) *оценки*. Упражнение полезно для:

- ответственных работников (к примеру, выбранных должностных лиц)
- государственных служащих и других государственных технических работников
- управленцев в сфере здравоохранения
- профессионалов в сфере здравоохранения (к примеру, докторов и сестер).

Первые две подгруппы будут полезным ресурсом для консультанта при работе над упражнением, поскольку это тип анализа, с которым они прекрасно знакомы.

Введение

Для тех, кто работает в сфере здравоохранения, часто непонятно, почему одни проблемы и вопросы здравоохранения ставятся на повестку дня, а другие нет, почему одна политика в сфере здравоохранения разрабатывается для достижения конкретных целей с помощью конкретных средств, а не другая, или почему действуют в соответствии с одной политикой в сфере здравоохранения, а не другой. Определение моделей при разработке повестки дня, разработка и практическое осуществление политики в области здравоохранения, а также понимание причин использования таких моделей – полезные навыки. Настоящий модуль способствует развитию этих навыков, помогая участникам изучать такие модели в контексте их собственных стран.

Цель – дать участникам некоторые аналитические средства анализа политики в области здравоохранения, а не дискутировать преимущества и недостатки отдельных стратегий здравоохранения.

Модуль начинается моделью понимания целого ряда тем, имеющих отношение к анализу политики в сфере здравоохранения. Представлены два примера анализа, один – из области медицинских услуг (кеесарево сечение), другой – из системы здравоохранения (оплата пользователем медицинских услуг), после чего идет упражнение для участников, построенное на этих примерах. Затем представлены два подхода к пониманию моделей в обеих темах: внедрение клинической политики и разработка законодательной политики. Перечисление факторов не является исчерпывающим ответом. Ожидается, что участники дополнят и скорректируют их. Модуль заканчивается вторым упражнением, в котором участников просят выбрать два случая разработки политики и, с учетом их знания возможных объясняющих факторов, предложить объяснения того, почему должны быть использованы эти две политики, а не другие.

Анализ политики в области здравоохранения

Анализ политики в области здравоохранения – это исследование, почему некоторые группы разрабатывают политику в сфере здравоохранения, а другие – нет, и почему некоторые группы осуществляют свою политику в области здравоохранения, а другие – нет. Иными словами, анализ политики в области здравоохранения – исследование определения повестки дня, разработки политики в области здравоохранения и ее

осуществление. Какая политика также заслуживает внимания. Анализ политики в области здравоохранения не включает исследование того, как наилучшим образом продвигать конкретные интересы (т.е. политической стратегии) или того, какие интересы надо продвигать (т.е. политической защиты).

Политика в области здравоохранения может рассматриваться на трех уровнях: клиническом, административном и законодательном. Клинический уровень включает тех, кто оказывает медицинские услуги пациентам. Такие лица часто играют заметную роль при принятии решений о том, какие проблемы и вопросы здравоохранения могут стать основой для разработки практических клинических указаний (к примеру, лечение диспепсии, ВИЧ, случаи применения кесарева сечения), и того, как такие указания будут разрабатываться (к примеру, с использованием клинического подтверждения эффективности, аналитического подтверждения решений относительно рентабельности альтернативных действий или эконометрического подтверждения бюджетного воздействия). Кроме того, такие лица обычно осуществляют такие клинические указания. Административный уровень включает целый ряд администраторов, работающих на производствах или по программам, имеющим отношение к здравоохранению. Такие администраторы часто играют немаловажную роль при решении о том, какие проблемы и вопросы здравоохранения заслуживают разработки административной политики, и какая административная политика будет разрабатываться. Им может быть поручено осуществление такой политики, или работа с теми, кто оказывает медицинские услуги, или другими администраторами для осуществления такой политики. Административный уровень также включает частные фирмы, менеджеры которых могут принимать решения о том, какое лечение должны получать их работники или, какая продукция или услуги должны производиться, частично с учетом последствий их решений. Законодательный уровень включает политиков и бюрократов высшего звена, уполномоченных разрабатывать законодательные и нормативные акты в сфере здравоохранения.

Такие политики и чиновники принимают окончательные решения о том, какие проблемы и вопросы здравоохранения заслуживают разработки государственной политики, какая законодательная политика будет разрабатываться и ресурсы какой законодательной политики будут выделены для облегчения ее осуществления и контроля. Считается, что есть некоторые вопросы, особенно в сферах безопасности и управления рисками, в отношении которых население демонстрирует политическую волю и оказывает прямое влияние на повестку дня.

Обратите внимание, что такое деление слегка отличается от деления ответственных лиц, введенного Профессором Штоддартом в модуле 2.3.2. Его категории включают тех, кто оказывает услуги (соответствует клинической группе), управляющих программами и региональные или коммунальные органы власти (что, в добавок к администраторам больниц и других медицинских учреждений, соответствует административной группе) и избранных политиков и старших должностных лиц государственных министерств (соответствует законодательной группе).

В Таблице 1 представлена концептуальная основа для этой дискуссии. В ней указаны три разных темы, для исследования которых может использоваться анализ политики здравоохранения – определение повестки дня, разработка политики и ее осуществление – и три уровня (клинический, административный и законодательный), на которых могут рассматриваться эти три темы. Эти примеры и примеры, приведенные ниже являются иллюстрацией двух наиболее часто исследуемых темы из Таблицы 1: внедрение практического клинического указания и разработка законодательной политики.

Поскольку определение повестки дня далее не обсуждается в настоящем модуле, заинтересованные участники могут получить полноценное введение в эту тему на консультациях с Киндоном.

Таблица 1. Примеры тем, относящихся к анализу политики в сфере здравоохранения

Шаги в процессе принятия решений
Уровни принятия решений
Клинический Административный Законодательный
Определение повестки дня
Разработка
Осуществление
Почему разрабатываются какие-то конкретные практические указания?
Почему нужды конкретной группы становятся вопросом повестки дня?
Почему приватизация здравоохранения становится вопросом повестки дня?
Почему практические указания для одних и тех же условий различаются?
Почему некоторые менеджеры центров первой медицинской помощи фокусируются на малолетних детях и пожилых?
Почему некоторые правительства приватизируют здравоохранение, а другие нет?
Почему внедряются некоторые практические указания?
Почему имеют успех некоторые программы, нацеленные на отдельные группы?
Почему иногда имеет успех инициатива приватизировать здравоохранение?
Политика здравоохранения не является только политикой оказания медицинской помощи. Как Профессором Штоддартом было прямо указано в модуле 2.2.1 и подразумевалось в модуле 2.2.2, политика здравоохранения может иметь здоровье как цель или как следствие. Примерами первого является политика вознаграждения лиц, оказывающих медицинские услуги, или политика материальной поддержки беременных с низкими доходами, позволяющей им лучше и разнообразнее питаться, что полезно для их детей. Примерами последнего является политика налогообложения или перевода, направленная на сокращение финансового бремени родителей с низкими доходами, имеющими малолетних детей или более распространенная политика налоговой или подходной безопасности. Как Профессор Штоддарт указывает в модуле 2.3.1, поскольку «система здравоохранения является критически важным компонентом политики здравоохранения и в большинстве стран получает львиную долю ресурсов, направляемых на здравоохранение, а также большую часть медийного освещения медицинских вопросов», она не является единственным компонентом политики здравоохранения.

Некоторые примеры политики в области здравоохранения

В качестве первого примера политики в области здравоохранения рассмотрим практическое указание. Такое указание может рассматриваться как самый показательный случай клинической политики. В модуле 3.4.2 Профессор Штоддарт вводит идею практических указаний в узком контексте требований к работникам клиник, установленных в некоторых коммерческих больничных сетях. В модуле 5.4.1 Профессор Лейдл ввел две области клинической деятельности, где экономика здравоохранения может способствовать разработке практических указаний: недавнее «повторное открытие» лекарственной терапии с целью лечения *Helicobacter pylori* (hp), которая является одной из причин диспепсии, пептической язвы и рака ЖКТ и недавно открытое комбинированное лекарственное лечение ВИЧ.

Анализ процессов принятия решений может информировать о том, может ли такое лечение быть предложено всем пациентам с диспепсией, индуцированной hp, независимо от подтверждения наличия более поздней стадии болезни, а эконометрический анализ может информировать, стоит ли финансировать комбинированные схемы лечения, предусматривающие использование ингибиторов протеазы, несмотря на то, что это напрягает государственный бюджет.

Теперь рассмотрим случай практического указания для кесарева сечения, осуществление которого было подробно изучено Джонатаном Ломасом и коллегами (2). В этом указании обычно рекомендуется уменьшить число кесаревых сечений, а также специально рекомендуется, чтобы женщины, которые до этого рожали путем кесарева

сечения, дали возможность родить самим. Через год после этого указания 94% акушеров знали об этом указании, 67% их ответов на вопрос, знают ли они об указании, было положительным и 85% из них выразило согласие с указанием (они могли не знать, что было в указании, но были согласны с ним). Согласно собственным отчетам акушеров, количество кесаревых сечений у женщин, которые до этого рожали путем кесарева сечения, упало с 72.1% до 61.1%. Однако согласно более объективной статистике, количество кесаревых сечений у таких женщин упало с 94.5% до 91.0%.

Разочарованная такими результатами, группа исследователей Университета МакМастера провела эксперимент для определения, как можно улучшить качество внедрения этого практического указания. Они произвольно распределили акушеров (i) в группу, в чью работу не вмешивались (контрольная), (ii) где проводилась проверка их работы в связи с кесаревыми сечениями и отзывами на их результат, и (iii) группу, которая имела возможность взаимодействовать авторитетным лидером. Для последней в каждом коллективе был выбран авторитетный лидер, который был проинструктирован о ключевых положениях указания. Лидеры затем стали проводниками таких положений среди своих коллег при проведении обычных встреч, формально (на медицинских круглых столах) и неформально (даже во время игры в гольф). Число кесаревых сечений уменьшилось на 4.7% в контрольной группе, на 6.7% в группе, где проводилась проверка и проверялись отзывы, и на 11.9% в группе с авторитетным лидером. Что-то (или многое), что делал авторитетный лидер, стало причиной такого результата.

В качестве второго примера политики в области здравоохранения рассмотрим законодательный или нормативный акт, который снимает запрет на получение денег с пользователя так, чтобы те, кто оказывают медицинские услуги могли выставить пациентам счет за услуги вместо или в дополнение к суммам, которые они уже получили по государственным или частным программам. Такая политика может рассматриваться как особый случай политики финансирования здравоохранения. В модуле 3.3.1 Профессор Штоддарт вводит взимаемую с пациентов оплату как одну из законодательных сфер, где экономика здравоохранения может способствовать разработке государственной политики. Сбалансированность расходов и доходов, которую он описывает, может использоваться для акцентирования результатов возрастания переменных издержек для пользователей на использование услуг и доходов тех, кто оказывает медицинские услуги.

Несколько факторов сводят на нет вероятность того, что запрет на получение платы с пациентов будет снят в такой стране, как Канада. Во-первых, как предполагает принцип сбалансированности доходов и издержек, здесь будут выигравшие и проигравшие. Проигравшими окажутся больные и бедные (что часто одно и то же), и они, по всей вероятности, постараются поменьше пользоваться услугами, в которых нуждаются, и почувствуют действие указания в большей степени и пропорционально своему доходу. Победителями будут богатые и здоровые, а также те, кто оказывает услуги, чьи доходы возрастут, если запрет будет снят. Пострадавших будет больше. Во-вторых, структура принятия решений в Канаде и прозрачность этого процесса делают сложным снятие запрета. С конституцией и законодательным актом, которые дает федеральному правительству полномочия разработать политику финансирования здравоохранения, даже несмотря на то, что провинциальные правительства управляют системой здравоохранения, федеральное правительство может пожать электоральные выгоды от запрета получения платы с пациентов, несмотря на озабоченность населения по поводу дефицита финансирования. Кроме того, финансирование здравоохранения – это та сфера государственной политики, которая всегда на виду вследствие своей природы (голосующие обычно понимают, что политика влияет или может повлиять на них) и прослеживаемости (голосующие обычно связывают политический курс с конкретными политиками, которых они могут вознаградить или наказать). В третьих, плата с пациентов не позволяет достичь одну из основных целей: выборочно уменьшить нецелесообразное использование медицинских услуг. Столкнувшись с необходимостью платить, люди

перестают обоснованно и необоснованно обращаться за медицинскими услугами. Этот эмпирический результат не дает оспорить аргумент, что никто не будет задет введением платы за лечение.

Упражнение 1

Прежде чем двинуться дальше, опишите, почему вы считаете, что практические указания иногда осуществляются, а иногда нет. Укажите как можно больше отличающих факторов, которые могли бы помешать осуществлению конкретного практического указания. Используйте нижеследующие вопросы как руководство для дискуссии.

- Какими конкретными путями может какой-либо объем или тип информации, доступной для тех, кто оказывает медицинские услуги, повлиять на выполнение ими практического указания?

- Какими конкретными путями могут стимулы, с которыми сталкиваются те, кто оказывает медицинские услуги, повлиять на выполнение ими практического указания?

- Какими конкретными путями могут нормативные акты, которые применимы к практике тех, кто оказывает медицинские услуги (на национальном, местном или институциональном уровне) повлиять на выполнение ими практического указания?

- Какими конкретными путями личные взгляды тех, кто оказывает медицинские услуги, могут повлиять на выполнение ими практического указания?

Вы можете добавить другие факторы, которые считаете важными. Вы также должны проиллюстрировать свои ответы на приведенные выше вопросы примерами, соображениями и статистическими данными своих стран.

Теперь рассмотрим законодательную политику. Опишите, почему, по Вашему мнению, одна законодательная политика разрабатывается, а другая нет. Укажите как можно больше отличительных факторов, которые могут способствовать или препятствовать разработке конкретной законодательной политики. Используйте нижеследующие вопросы в обсуждении.

- Какие конкретные группы могут выиграть или проиграть от законодательной политики в области здравоохранения, и какими конкретными способами такие группы влияют на политику?

- Какие существуют структуры, ответственные за принятие решений, касающихся законодательной политики, в здравоохранении, и какими конкретными способами такие группы и взаимоотношения между ними влияют на политику?

- Как конкретно могут ценности повлиять на политику? Как конкретно могут исследования повлиять на политику?

Вы можете добавить другие факторы, которые считаете важными. Вы также должны проиллюстрировать свои ответы на приведенные выше вопросы примерами, соображениями и статистическими данными своих стран.

Средство для понимания осуществления клинической политики

Хотя в последнее время некоторое внимание уделялось тому, какие проблемы и вопросы здравоохранения заслуживают разработки клинических практических указаний (к примеру, кесаревым сечениям вместо лечения диспепсии или ВИЧ) и тому, как процесс, в отношении которого разрабатываются указания, может влиять на их содержание (к примеру, какие указания должны быть разработаны, какие типы информации в них использовать, какие правила должны применяться в случае недостижения консенсуса), все же основное внимание сфокусировалось на осуществлении клинических практических указаний. Как предполагает исследование применения указания о кесаревых сечениях, практические указания часто не применяются теми, кто оказывает медицинские услуги, они могут не получить указание, не прочесть его или не действовать в соответствии с ним. Изучая модели осуществления практических указаний, мы можем начать понимать, почему некоторые практические указания осуществляются, а

некоторые – нет. Выполняя свое исследование степени применения указания о кесаревых сечениях, Ломас указал фундаментальное ограничение стратегии простого распространения: есть сферы, где указание не нашло распространения. Указание представляет собой только один элемент образовательной среды тех, кто оказывает медицинские услуги. Они также получают информацию из журнальных статей, учебных пособий, учебных сессий и от коллег. Кроме того, образовательная среда представляет собой лишь одну среду из многих. Те, кто оказывает медицинские услуги, также сталкиваются со следующим:

- экономической средой, которая, к примеру, может включать такие стимулы, как более высокая плата за такие хирургические процедуры, как кесарево сечение, чем за естественные роды;

- административной средой, которая, к примеру, может наказывать тех, кто оказывает медицинские услуги, менее сурово за ошибочное начисление платежей (за то, что было необязательно), чем за то, что было не сделано;

- коммунальной средой, которая, к примеру, может оказывать общественное давление на тех, кто оказывает медицинские услуги, вынуждая их избрать особенно агрессивный подход к руководству в случаях, когда дело касается беременной женщины и ее ребенка;

- личной средой, которая, к примеру, может включать негативный опыт, связанный с проведением естественных родов.

Дайте портрет того, кто оказывает медицинские услуги и кто должен представить все «за» и «против» кесарева сечения женщине при родах и ее мужу. Хотя клиническое практическое указание может предлагать естественные роды, другие аспекты (образовательные, экономические, административные, коммунальные или личные) могут склонить чашу весов в сторону кесарева сечения. В идеальном мире все такие соображения указывали бы в одну сторону, и в идеальном мире практические указания, вероятно осуществлялись бы полностью каждым, кто оказывает медицинские услуги. В реальном же мире, делаются попытки переориентировать как можно больше факторов в сторону осуществления практических указаний. Вмешательство авторитетных лидеров работает, вероятно, лишь частично, поскольку такие люди могут помочь разобраться в указаниях с учетом перечисленных факторов. То же самое применимо к академическим «деталировщикам», «государственному» эквиваленту фармацевтических деталировщиков.

Вопросы в первой половине Упражнения 1 и описанные выше среды (если взять их вместе) являются основанием для размышлений, почему некоторые клинические практические указания осуществляются, а другие – нет. Практические указания имеют больше шансов на выполнение, когда много заслуживающей доверия информации из ряда источников поддерживают действие или бездействие, предусматриваемое практическим указанием, когда финансовые стимулы оправдывают его, когда нормативная база делает такое действие или бездействие возможным, когда давление общественности отсутствует или направлено на поддержку действия или бездействия, предусматриваемого таким указанием, и когда личный опыт позволяет тому, кто предоставляет медицинские услуги, почувствовать, что такое действие или бездействие, не противоречит практическим нуждам.

Средство для понимания осуществления законодательной политики

Хотя в последнее время некоторое внимание уделялось тому, какие проблемы и вопросы здравоохранения заслуживают разработки законодательной политики (к примеру, выбор в пользу разработки политики финансирования здравоохранения, а не политики вознаграждения тех, кто оказывает медицинские услуги) и осуществлению законодательной политики, все же основное внимание сфокусировалось на том, почему одна политика разрабатывается, а другая – нет. В соответствии с предположением, сделанным в ходе обсуждения платы за лечение, законодательная политика в некоторых

сферах деятельности редко меняется, в то время как в других изменения могут происходить довольно часто и предсказуемым образом.

Изучая модели развития законодательной политики, мы можем начать понимать, почему одна политика разрабатывается, а другая – нет. Три фактора обычно упоминаются для объяснения действия или бездействия: интересы, учреждения и идеи. Рассмотрим интересы первыми. Поскольку любая политика предполагает доходы и расходы (т.е. некоторые выигрывают от нее, а некоторые – проигрывают), многие избиратели и группы заинтересованных лиц стремятся, чтобы их интересы были учтены при выработке политики. Однако, поскольку есть политика, которые приносит прибыли и издержки в концентрированном виде, избиратели и группы заинтересованных лиц, которые могут приобрести или потерять еще больше, имеют еще больше оснований стремиться повлиять на политику, чем тем, кому терять или приобретать меньше. Затем рассмотрим учреждения, которые включают и формальные структуры, ответственные за принятие решений, и последние принятые стратегии. Такие учреждения определяют правила, в соответствии с которыми развиваются идеи и интересы, и вырабатывается политика. Политика с большей вероятностью может быть выработана в юрисдикциях с конкретными чертами (к примеру, федерализм с разделенными полномочиями в сфере здравоохранения) или с конкретной политикой, уже проводимой в жизнь (к примеру, запрет на плату за медицинские услуги). И, наконец, рассмотрим идеи, которые включают ценности (т.е. взгляды на то, как должен быть устроен мир) и эмпирические тестируемые или тестированными гипотезами о том, как мир фактически устроен. Одна политика может более согласовываться с некоторыми ценностями и эмпирическими «фактами», чем другая, что повышает ее шансы на развитие (разработку).

Теперь давайте обратимся к вопросу о плате за медицинские услуги. Во-первых, как указано Профессором Штоддартом в модулях 3.3.1 и 3.4.2, те, кто страдает от снятия запрета на плату за медицинские услуги, - больные и бедные. Выигрывают от этого богатые и здоровые, а также те, кто извлекает доход от предоставления медицинских товаров и услуг, а также от управление и компонента накладных расходов системы здравоохранения. Последние – это работники, акционеры, юристы и бухгалтеры частных страховых фирм, фармацевтических фирм, поставщики медицинского оборудования и коммерческие фирмы, обеспечивающие услуги ухода за больными. Во-вторых, если обратиться к уже приводившемуся примеру, разделение полномочий между федеральным и провинциальными правительствами в Канаде и прозрачность действий определяющих политику в сфере финансирования здравоохранения лиц, делает отмену запрета особенно трудным. В-третьих, плата за лечение не уменьшит долю нецелесообразного использования медицинских услуг, так что нельзя сказать, что такая политика улучшит положение больных.

Анализ политики в области здравоохранения, как и в любой сфере, включает пояснения, готовые к использованию в любое время. В 70-х гг. чаще всего использовались пояснения с учетом интересов (различных групп населения). Сегодня преобладают пояснения, основанные на институциональном или «идейном» подходе. Тем не менее, все три фактора позволяют объяснить, почему одна политика вырабатывается, а другая – нет. Часто ответ лежит во взаимодействии между всеми тремя факторами.

Вопросы во второй половине Упражнения 1 и три описанных выше фактора взятые вместе, являются основанием для размышлений о том, почему одна политика вырабатывается, а другая – нет. Есть большая вероятность появления политики, когда выгоды от ее осуществления концентрируются в руках наиболее влиятельных групп населения, и когда расходы распределяются среди менее влиятельных групп, когда структуры, ответственные за принятие решений концентрируют влияние в руках небольшого числа лиц, имеющих одинаковые полномочия в сфере принятия решений, когда политика менее заметна (особенно для тех, на чьи плечи ложатся расходы), и когда

ценности и эмпирические тестируемые «факты» поддерживают такую политику. Экономика здравоохранения может предоставить много таких «фактов».

Упражнение 2

Используя сегодняшнюю местную газету (ту же, что Вы использовали, выполняя упражнение к модулю 2.2.2), выберите одну новость, касающуюся политики правительства в сфере здравоохранения как основной цели. Проанализируйте, кто выигрывает, и кто проигрывает (и кто может выиграть или проиграть в случае принятия альтернативной политики, включая сохранение status quo), каковы правила игры при выработке политики в этой сфере, каковы ценности (явные и неявные) творцов этой политики, использовали ли они (и как) подтверждения исследований для формирования решения.

Повторите это упражнение для государственной политики, в которой здравоохранение – следствие, а не основная цель.

Заключение: от понимания к действию

Для людей, которые стремятся достичь здоровья для всех целей, эти заключения могут быть использованы для оценки осуществимости изменений и формирования стратегии внесения изменений, если они окажутся осуществимыми. К примеру, они могут иметь конкретное клиническое практическое указание, которое хотят внедрить. Первым шагом будет анализ образовательной среды, в которой функционируют целевые клиницисты. Вторым шагом будет использование этих знаний для выработки стратегий внедрения для увеличения шанса, что практическое указание будет принято. Иногда такие стратегии могут включать изменение финансового стимулирования (т.е. экономической среды), в другой раз они могут включать изменение политики больницы (т.е. административной среды).

Более вероятно, делая акцент на здоровье для всех целей, мотивированные индивидуумы или группы будут иметь конкретную политику, которую они захотят развивать. Заключения из настоящего модуля, а также заключения, сделанные на основании других ресурсов, посвященных этому вопросу (3), могут оказаться полезными. Первым шагом будет анализ участников с тем, чтобы определить, кто выигрывает, а кто проигрывает, и что это означает для политической осуществимости предложения. Участники в секторе здравоохранения часто могут создавать группы по тому признаку, что они оказывают услуги (к примеру, больницы и терапевты), что они являются потребителями (к примеру, группы пациентов с одинаковым диагнозом), экономическими группами (к примеру, коммерческими ассоциациями), идеологическими группами (к примеру, политическими партиями) или группами поддержки здоровья (к примеру, добровольные группы помощи). Сила каждой из этих групп должна быть оценена с точки зрения материальных ресурсов их силы (деньги, организация, люди, голоса или навыки) и более нематериальных ресурсов (информация, доступ к средствам информации, легитимность). Кроме того, необходимо оценить их позицию и приверженность этой позиции.

Вторым шагом должно быть определение правил принятия решений и поддерживают ли ценности и эмпирически тестируемые «факты» политику. К примеру, некоторые принимающие решения структуры одалживают средства друг другу более охотно, чем другие для проникновения с помощью участников. Структура, в которой политика разрабатывается в недрах подразделов, часто с большей легкостью позволяет участникам получить место за столом для выработки политики. Наличие многих вопросов, которые требуют участия многих разных участников процесса принятия решения может сделать наложение вето на политику более легким для отдельной группы участников. Одна политика может быть менее заметной, чем другая, и тем самым привлекать меньшее внимание групп, которые не являются основными организаторами.

Заключительным шагом будет использование знаний, полученных на первом и втором этапе для формирования политических стратегий для повышения шансов на то, что политика будет принята. Первой такой стратегией является заключение сделки.

Заключение сделки может включать обещания (Я дам Вам что-то в обмен на Вашу помощь), торговлю (Я сделаю что-то для Вас по другому вопросу, если Вы поможете мне с этим вопросом), угрозу (если Вы не сделаете это, Я не буду больше работать с Вами) и сделку (Я сделаю это, если Вы сделаете то). Вторая стратегия предполагает усиление позиции сторонников (к примеру, путем их финансирования) и ослабление позиции оппонентов (к примеру, отвлечение их другим вопросом). Третья стратегия предполагает мобилизацию неорганизованных сторонников и отпугивание организованных оппонентов. Разработка политики – сложная игра. Нужно знать, с кем Вы играете, правила игры, какого рода поддержку Вы можете создать на базе разделяемых ценностей или «фактов».

4.2.2 ПОЛИТИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Кейт Барнард и Крис Селбай Смит

Ключевые послания

- Определения «государственного здравоохранения» обычно отражают две концепции. Первая, более узкая, концепция указывает на ряд технических услуг, таких как здравоохранение в аспекте охраны окружающей среды и контроль передаваемых заболеваний. Вторая концепция – более широкая. Она включает организованные усилия общества защитить и улучшить здоровье населения, предотвратить и контролировать заболевания, уменьшить последствия инвалидности и увечий, обеспечить благополучие и уход за людьми с хроническими проблемами со здоровьем и смертельно больных. Государственное здравоохранение в этом втором смысле соответствует ценностям, рабочим принципам и целям стратегии ВОЗ «здоровье для всех».

- первичная медицинская помощь, как указано в определении, выработанном в Алмаатинской Декларации (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010825_2), предусматривает ряд принципов, которые должны быть приняты каждым обществом для гарантирования здравоохранения для всех. Первичная медицинская помощь указывает участников и способы мобилизации ресурсов, необходимых для того, чтобы было начато выполнение наиболее важных задач, необходимых для достижения наивысшего возможного уровня здравоохранения. основополагающий этический принцип здесь – равенство (справедливость).

- Управление государственным здравоохранением предполагает формулирование и выполнение планов действий, которые:

- направлены на решение проблем в сфере здравоохранения данного сообщества, определенных в результате проведения эпидемиологических и других оценок;

- эффективно мобилизуют и используют ресурсы с целью достижения поставленных целей, которые отвечают политическим, социальным и культурным ожиданиям;

- отслеживают результаты предоставления услуг и производят соответствующие корректировки;

- сканируют рабочую среду на развитие ранних признаков того, что может повлиять на то, какие нужды должны быть удовлетворены и как это должно быть сделано;

- основаны на поддержании тесного контакта со всеми рабочими партнерами, группами сообществ и авторитетными лидерами; и

- поддерживаются четкой стратегией государственной защиты, государственной информации и образования с целью стимулирования информированного выбора.

- управление государственным здравоохранением предполагает осторожное применение экономических концепций и аргументации (и экономистов в качестве

консультантов). Их мнение признается там, где они полезны, но только с учетом ограниченности их компетенции и допущений, которые они делают, чтобы оставаться в ее пределах, а также вопросов, на которые они не могут дать полезные ответы.

Примечания консультанта

Настоящий модуль касается политического управления (со стороны правительств или организованного общества, а не в узком смысле политической партии) государственным здравоохранением, где термин «государственное здравоохранение» относится к усилиям общества защитить и улучшить здоровье населения. Государственное здравоохранение в этом смысле соответствует ценностям, рабочим принципам и целям стратегии ВОЗ «здоровье для всех», принятой ВОЗ в Алмаатинской Декларации 1978 г., и позднее одобренной Всемирной ассамблеей здравоохранения и подтвержденной в Люблянской Хартии по реформированию здравоохранения 1996 г., Всемирной декларацией здравоохранения, принятой мировым сообществом на 51-й Всемирной Ассамблее Здравоохранения в мая 1998 г. и двух публикациях ВОЗ, излагающих HEALTH21, концепции «здоровье для всех», принятой Региональным комитетом ВОЗ по Европе в 1998 г.

Первичная медицинская помощь – это средство, с помощью которого цель стратегии «здоровье для всех» должна быть достигнута. Это по-прежнему основополагающий принцип политики ВОЗ, так что этот модуль тесно связан с другими модулями учебных материалов. Сущность первичной медицинской помощи – внедрение в практику на локальном уровне четкой, рациональной и широкомасштабной политики здравоохранения для улучшения и защиты, поддержания и восстановления здоровья всех людей сообщества. Ее базовым этическим принципом является равенство, которое подразумевает, что преимущественное внимание будет уделяться неимущим и уязвимым группам населения.

Модуль состоит из четырех частей.

1. В первой части излагается область применения стратегии «здоровье для всех».

2. Вторая часть касается конкретного вклада экономики в достижение целей стратегии и обеспечение первичной медицинской помощи. В Упражнении 1 обсуждается вклад, который экономический стиль мышления (и экономисты) может внести. Такой вклад рассматривается в нем с точки зрения общей перспективы, а также с конкретных точек зрения четырех крупных организаторов (участников) систем здравоохранения государств-членов ВОЗ.

3. В третьей части рассматривается, как модель ЗДВ может использоваться для улучшения результатов, в том числе напряжения между воображением или видением и реальностью, и указывается, что скорее практика, чем риторика, определяет то, как повестка дня в сфере здравоохранения определяется и как по ней идет работа. В Упражнении 2 участникам поручается определить, в какой степени модель ЗДВ помогает ответственным за принятие решений реагировать на политические и этические вызовы, вызванные разработкой социально-экономической политики в сфере здравоохранения, со ссылками на актуальные примеры в их собственных странах.

4. В четвертой части обсуждаются некоторые факторы, которые могут повысить шансы на успех, поскольку общая цель политического управления государственным здравоохранением – это определение инноваций, которые необходимо принять, и затем обеспечение приверженности всем тем интересам, чье участие необходимо для достижения поставленных целей. В Упражнении 3 участникам предлагается указать ключевые факторы в сфере здравоохранения, политики, экономики, социальной жизни и т.д. для успеха политического управления государственным здравоохранением.

Модуль составлен главным образом для восприятия и оценки, а не для анализа. Может использоваться каждой из четырех групп пользователей, для которых были составлены учебные материалы.

К примеру, лица, ответственные за принятие решений на национальном, региональном или локальном уровне (политические, административные и управленческие) могут использовать модуль при разработке, осуществлении и оценке своих стратегий, а менеджеры, практические работники и другие заинтересованные группы смогут лучше понять, что для этого необходимо, как нужды удовлетворяются, и где их влияние может быть использовано эффективнее всего.

Сфера применения концепции «здоровье для всех»

Целью этой концепции ВОЗ является объединение в одной политической линии долгосрочных целей, касающихся:

- здорового образа жизни для населения, которое осознает, какие проблемы здравоохранения существуют и умеет соответствующе реагировать;
- здоровой среды, обеспечивающей кров, пищу, воду и ассенизацию, хорошие экономические возможности и свободу от страха насилия; и
- доступную, рациональную и всеобъемлющую систему профилактического лечения, ухода и восстановления.

HEALTH21 защищает конкретные предложения о предотвращении и контроле заболеваний и телесных повреждений и сокращения их числа, распространения и воздействия. В ней определяются стратегии для нескольких секторов экономики, которые должны обеспечить, чтобы физическая, социальная и другая среда были более полезны для здоровья, позволяла людям вести более здоровый образ жизни, предоставляла эффективные медицинские услуги, отвечала нуждам людей и обеспечивала улучшение здоровья благодаря улучшению результатов. В ней предлагается усилить базу знаний, мобилизовать партнеров по улучшению здоровья, управлять процессом разработки политики и внедрить ее эффективно, но деликатно.

Цель – стимулировать и поддерживать страны и сообщества, помогая им в разработке стратегий, которые обращаются к детерминантам здравоохранения и обеспечивают:

- социально ответственное и устойчивое развитие здравоохранения;
- большее равенство в здравоохранении;
- более высокий уровень здравоохранения на протяжении всей жизни людей;
- сокращение частоты заболеваний и телесных повреждений путем использования новых ресурсов для работы в разных секторах экономики; и
- качественное и эффективное медицинское обслуживание.

Стратегия ВОЗ «здоровье для всех» была первоначально принята на Всемирной ассамблее здравоохранения для введения в действие ее резолюции WHA30.43 в 1977 г., которая обязала страны-члены действовать, по крайней мере, морально. Они обязались преследовать в качестве цели социально политики достижения уровня здравоохранения всеми людьми, который бы позволил им жить социально и экономически продуктивной жизнью. Это обязательство было повторно подтверждено Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA51.7 от 16 мая 1998 г. и Региональным комитетом ВОЗ по Европе в 1998 г. в резолюции EUR/RC48/R5 Об Основе Политики Здоровья Для Всех для Европейского Региона в 21-м Веке.

Базовым этическим принципом, как указано в оригинальной резолюции о политике «здоровье для всех», является равенство. Хорошее здоровье – право всех (независимо от заявления, что высокий уровень здоровья населения выгоден с точки зрения социально-экономического развития). Это означает, что предпринятое действие и распределение ресурсов требуют, чтобы преимущественное внимание было оказано тем, кто нуждается больше всех, и чье здоровье должно быть улучшено в первую очередь.

С точки зрения Алмаатинской Декларации, позднее одобренной Всемирной ассамблеей здравоохранения, первичная медицинская помощь – это средство, с помощью которого достигаются цели политики «здоровья для всех». Этот принцип остается основополагающим для политики ВОЗ. Сущность первичной медицинской помощи, как заявлено в Алмаатинской Декларации, внедрение в практику на локальном уровне четкой, рациональной и широкомасштабной политики здравоохранения для улучшения и защиты, поддержания и восстановления здоровья всех людей сообщества. Задача состоит в том, чтобы давать людям возможность жить независимо, честно и уважать себя, стремиться помочь людям индивидуально и коллективно улучшать их здоровье и рационально пользоваться медицинскими услугами.

Ценности, лежащие в основе этой политики, следующие:

- здоровье как право человека и ответственность за использование потенциала здоровья, который он имеет,
- равенство при получении медицинских услуги и солидарной в действиях, и
- участие людей и групп в процессе принятия решений и их выполнения, ответственность за совершенные действия.

Правильной целью здравоохранения должно быть предоставление услуг на равноправных основаниях тем, кто нуждается в них. Это не зависит от формы собственности (медицинских) учреждений или источников финансирования услуг. Одновременно, общество и лица, ответственные за принятие решений, не должны налагать излишнего бремени на терапевтов, ожидая, что они будут лечить любую болезнь, даже когда ее причина не является биомедицинской.

Конечно, общество и лица, ответственные за принятие решений, должны, с точки зрения ВОЗ, обеспечить, чтобы действия были направлены на лежащие в основе факторы, стиль жизни и решающие природные факторы здоровья сообществ, а не только на представленную проблему.

Центральным для концепции «здоровья для всех» является упор на решающие факторы здоровья и важность экономического и социального здоровья населения, имеющего хорошее здоровье, определенные как способность вести социально и экономически продуктивную жизнь. Это, конечно же, не делает министра здравоохранения и сектор здравоохранения ответственными за все. Однако, они должны понимать, что они играют ключевую защитную деятельность. Они отвечают за аргументацию в пользу здоровья в политической сфере, в том числе перед другими министрами и высшими чиновниками во всех секторах экономики, в любое время и в любом месте. Для успешного выполнения этой роли они должны уметь вести переговоры и быть дипломатами, чтобы иметь возможность изобретать соответствующие стратегии совместно с действующими лицами из других секторов экономики. Они также отвечают за обеспечение функционирования политики здравоохранения, имеющей корни в принципе «здоровья для всех», не только ради обеспечения медицинской помощи, но и для разработки, принятия и внедрения широкого набора средств защиты и улучшения здоровья на всех уровнях.

Стратегия первичной медицинской помощи и ее эффективное осуществление требуют технического опыта разного рода и знания обстоятельств и условий жизни людей. Стратегия обеспечивает равное отношение к больным и здоровым. Этика равенства подразумевает, что преимущественное внимание будет уделяться неимущим и уязвимым группам населения. Первичное медицинское обслуживание – коллективная и совместная работа, такая как у врачей общей практики, работающих с сестрами сообщества и другими. Каждый участник и группа обладают собственными конкретными навыками и ответственностью. При выполнении некоторых задач они сотрудничают с профессионалами из других секторов.

Работники сферы первичного медицинского обслуживания предлагают срочное, профессиональное лечение «на местах» случаев, которые не требуют

специализированного осмотра и использования технологий, доступных только в стационаре. Они также нуждаются в эффективной системе направления, которая даст их пациентам доступ к специальным услугам, если они в них нуждаются. Они работают как агенты своих пациентов в отношении остальной системы здравоохранения. Если такая функция должным образом выполняется, это обеспечивает более рациональное использование специальных медицинских услуг и всех ресурсов.

Политика «здоровье для всех» также включает общеевропейские цели и индикаторы, по которым периодические измеряются положительные сдвиги, и в отношении которых правозащитные акции могут быть предприняты в случае необходимости. Однако существует необходимость постоянного мониторинга и регулярной оценки акций с целью достижения «здоровья для всех» (и соответствующего развития внешнего рабочего окружения). Должны быть обеспечены механизмы для периодического анализа политики и практических процедур с тем, чтобы внести необходимые изменения.

Хотя правительства принимают различные меры для обеспечения работы системы здравоохранения и социальной защиты, предложения в Алмаатинской Декларации 1978 г. были формально приняты государствами-членами ВОЗ на Всемирной ассамблее здравоохранения. Они были повторно подтверждены Люблянской Хартией в 1996 г.

И здесь немедленно встает вопрос, как принцип «здоровье для всех» может реально нравиться все (не только некоторым)? Возможно, определенности в этом вопросе не будет никогда, но это возможно только если будут выполнены два нижеследующих условия, и любая реформа здравоохранения будет оцениваться с их учетом.

1. Во-первых, финансируются ли услуги в соответствии с фундаментальным принципом справедливого коллективного финансирования, предусматривающим, что вклады пользователей, получаемые в результате налогообложения, в виде страховых премий или прямых платежей, определяются в соответствии с их платежными возможностями? Однако после создания фонда, совокупная сумма доступных средств должна быть достаточной для создания необходимых резервов на покрытие насущных медицинских нужд населения. Тот же самый принцип применим при распределении ресурсов в других отношениях, таких как географические зоны или те, кто оказывает медицинские услуги.

2. Во-вторых, организованы ли и управляются ли услуги с целью достижения максимально высокого равенства в доступе и качества обслуживания и лечения, соответствующего нуждам, а не способности платить? Этот принцип должен применяться, к примеру, во всех географических зонах и при любом социально-экономическом статусе. Однако, равенство означает не уравниловку (хотя фигурально это одно и то же), а справедливость. Внимание также должно уделяться эффективности, результативности, реактивности и качеству обслуживания. Цель – наилучшим образом использовать ресурсы с целью достижения наилучшего возможного результата от вмешательств в систему здравоохранения. Это включает сокращение числа случаев инвалидности, лучшее качество жизни и удовлетворенность пользователя, более широкие возможности компенсации, такие как поиск возможностей для восстановления способности жить независимо, позволить гражданам полноценно участвовать в жизни общества.

Двойной критерий равенства и эффективности подробно рассматривался выше. При применении на практике они требуют, чтобы ответственные лица разъяснили свое понимание приоритетов. В частности, это означает прекращение деятельности, которая разумно была сочтена необязательным и неэффективной (с точки зрения результатов). Это фокус на то, что согласуется с ценностями и ожиданиями сообщества, признание того, что возможно, позвольтельное использование доступных ресурсов. В Отчете о состоянии всемирной системы здравоохранения за 2000 г. управление было поставлено выше других трех функций системы здравоохранения (доставка услуг, заданное производство и

финансирование) «...по одной необычной причине; конечная ответственность за общую эффективность работы системы здравоохранения страны всегда должна лежать на правительстве. Управление не только влияет на другие функции, оно делает возможным достижение каждой цели системы здравоохранения: улучшения здоровья, ответа на законные ожидания населения и справедливое распределение. Правительство должно обеспечить, чтобы управление проникало сквозь все уровни системы здравоохранения с целью максимизации достигнутого». Управление – «самая сущность хорошего правительства».

В Главе 6 Отчета о состоянии всемирной системы здравоохранения за 2000 г. рассматриваются некоторые аспекты того, как защищаются государственные интересы.

- Что не так с управлением сегодня? Авторы отчета заключают, что «управление имеет крупные недостатки везде» (стр.120).

- Какое видение будущего должно поощряться и восприниматься как цель? Как установить правила или стимулы? Как поощрять их соблюдение?

- Как информация должна создаваться, собираться и распределяться? Как осуществлять передачу информации и совместное использование знаний?

- Кто должен делать то, что относится конкретно к стратегиям, ролям и ресурсам?

- Каковы ключевые вызовы, как вносить улучшения, и в мире ограниченных ресурсов, что является критическим посланием для обеспечения лучшего функционирования систем здравоохранения?

Вклад экономики

Определение экономики, данное Роббинсом, гласило: «наука, которая изучает человеческое поведение как взаимоотношения между целями и скудными средствами, которые имеют альтернативные возможности использования». Оскар Ланге рассматривал экономику как «социальные законы, управляющие производством и распределением материальных средств для удовлетворения человеческих нужд». Эти определения напоминают нам, что экономические концепции и обоснования – это медиана, бегущая через HEALTH21 и мышление, на которое она опирается.

HEALTH21 – это обоснованное представление возможностей (независимо от того, называются ли они целями, желаниями или нуждами), которые, взятые вместе, и полностью удовлетворенные будут иметь результатом для каждого достижение самого высокого возможного уровня здоровья, т.е. учредительной цели ВОЗ. Поскольку документ должен был быть технически реалистичным, его цель более состоит в прояснении предложений действовать в Европейском регионе ВОЗ, чем в рассмотрении ограничений в действиях, таких как ограниченные финансовые и материальные ресурсы («скудные средства»).

Целью высокопоставленного политика, администратора, внедряющего политику, и практических работников здравоохранения, применяющих свои профессиональные умения, является достижение целей HEALTH21 в той мере, в какой это возможно на практике. Одновременно они столкнутся с ограничениями их конкретных ситуаций. Среди других доступных ресурсов, они встретятся с экономистами для консультаций. Они узнают, что экономисты не могут и не должны принимать решения за них. Выбор целей и средств с разными следствиями и является решением, и как таковой – занятие политиков и предмет более широких процессов принятия решения в обществе. Экономисты в своей профессиональной роли нейтральны (или должны быть нейтральными) по отношению к альтернативным политическим решениям.

Экономисты нужны для того, чтобы задавать конкретные типы вопросов и предоставлять конкретные виды информации. Вопросы касаются проблем, по которым высокопоставленные чиновники, администраторы и практические работники должны сталкиваться для принятия решения. Экономисты смотрят конкретно на альтернативные способы, с помощью которых могут быть достигнуты цели, на результаты достижения

этих целей, результаты выбора разных средств. Осмотрительные ответственные лица, администраторы и практические работники также осведомлены в случаях, когда экономист является участником (к примеру, как гражданин или местный житель) о выборе, который необходимо сделать. Быть нейтральным экономисту в этом случае труднее. Ответственные лица, администраторы и практические работники знают, что экономисты, в отличие от научных консультантов, не имеют выгод от каких-либо контролируемых экспериментов, поддерживать которые они дали совет; что многие аспекты того, что они советуют, могут не поддаваться измерению; и что их модели (сложные и всеобъемлющие) построены на допущениях и оценках.

В действительности, широкий спектр социальных наук имеет дело с изучением и пониманием человеческого поведения, решениями и действиями людей. Проницательные высокие чиновники, которые используют их результаты осознают, что разные социальные дисциплины иногда работают параллельно, иногда конкурируют, а иногда сотрудничают. Проницательные социологи заключили, что их влияние на ответственных чиновников увеличивается, когда они обращаются к вопросу вместе, дополняя и улучшая понимание причин и следствий. Было отмечено, что «разные социальные и поведенческие дисциплины имеют основное отличие не в событиях, которые они изучают, а в природе взаимоотношений между событиями, которую они стремятся установить. События сами по себе нейтральны для разных дисциплин». Объяснением здесь может быть то, что «границы между дисциплинами (как искусственные барьеры между субъектами) должны быть живыми туннелями сообщения, не железными занавесами взаимного непонимания и недоверия; узколобый подход неправильно толкует дополнительную цель и интересы таких однокоренных дополнений».

Это должен быть очень важный вопрос для всех социологов, которые интересуются здравоохранением, поскольку, как правило, значительные группы потенциальных пользователей из работы не заинтересованы в территориальных спорах в теории социологии. Это следующие группы: политики как создатели политики в области здравоохранения, постоянные государственные служащие, которые консультируют по вопросам политики и осуществляют ее; менеджеры, ответственные за работу здравоохранения, и другие относящиеся к здравоохранению институты и учреждения; отдельные практические работники и пользователи. Играя разные роли, эти группы прагматически относятся к трудностям, реагируя на давление и эксплуатацию для достижения желаемых изменений. Чем более советы социологов основаны на абстрактной теории (и поэтому порождают мысли о том, что мир не то, что он есть, а то, что, по их мнению, должен быть), тем менее они укоренены в обозреваемом опыте реального поведения, тем менее вероятно то, что лица, принимающие решения, заметят его, если только такой совет не совпадет с их собственными существующими представлениями, основанными на ценностях.

Стоит отметить, что, хотя ученые, включая экономистов, стремятся предложить тщательно сгенерированную информацию как дополнение к знаниям, лица, которые принимают решения, при рассмотрении вариантов выбора в их конкретной рабочей среде, часто заинтересованы в понимании. Это дистилляция историй и статистики, твердых (подтверждаемых) и мягких (неподтвержденных, но внушающих доверие) подтверждений из разных источников разных форм или форматов, которые создают полезную картину того, что неправильно или изменение чего возможно и того, как изменения могут быть внесены. Это также то, что и принимающие решения лица и ученые признают различием и понимают как разный склад ума друг друга. Лежащее в основе допущение, тем не менее, состоит в том, что более широкие знания получают с помощью аналитических моделей и исследований, проводимых экономикой и другими социальными науками, что более вероятно, что учреждения могут быть реформированы, а политики переориентированы с помощью «достаточно хороших» оценок возможных последствий предложенных изменений. Но это скорее надежда, чем гарантия. Несмотря на ограничения, будет еще

много вопросов, вклад в решение которых со стороны экономистов будет признан полезным, хотя экономисты часто считают необходимым разрабатывать свои концепции для их удовлетворительного применения в области здравоохранения. Такими концепциями являются:

- общественные блага в сфере здравоохранения;
- понятие суверенности потребителя применительно к здравоохранению, в том числе осуществимость и границы выбора пользователя;
- результаты распространения и использования информации пользователями медицинских услуг, клиентами, получающими медицинские консультации, и потребителями, покупающими товары для здоровья;
- монополия, такая как государственное владение учреждениями, профессии провайдеров монополии, национальные агентства по страхованию здоровья как монополии покупателей;
- невмешательство и коллективизм как соответствующие экономические системы в области здравоохранения;
- концепция «утилитарности», применяемая в сфере здравоохранения;
- ценообразование в здравоохранении.
- принцип заменимости; и
- возврат к иерархии и разделению труда.

Экономисты определили семь ключевых концепций и вопросов, связанных с принципом «здоровья для всех». Первая, важность ценностей (что хорошо) и принципов (что должно произойти или быть, чтобы ценности давали практический результат). Существует критически важное сцепление ценностей и принципов стратегии «здоровье для всех». К примеру, неэффективное вмешательство является неэтичной и несправедливой мерой, поскольку использует ресурсы, которые могли бы быть использованы эффективно и справедливо.

Во-вторых, как заставить концепцию ответственности «работать». Это подразумевает разъяснение того, что есть собственно индивидуальная ответственность, в обход упрощающих допущений о том, какие решения индивидуум может принять или примет для себя, и какие требуют коллективных действий. Кроме того, существуют вопросы касательно того, как условия могут быть созданы для того, чтобы индивидуум смог принимать решения и совершать действия, которые бы укрепили его здоровье, в частности, как развивать концепцию сопроизводства.

В третьих, экономика может помочь принимающим решения понять природу затрат (независимо от того, выражены ли они в полезной денежной форме или нет), в частности затрат на изменения (к примеру, на внедрение новой технологии или новых рабочих механизмов в учреждениях здравоохранения) и нецелесообразной реформе здравоохранения. Экономисты также имеют тенденцию поднимать вопрос распределения – кто выигрывает, и кто проигрывает от конкретных механизмов или предлагаемых изменений?

В пятых, экономисты подчеркивают критическую важность знаний, в том числе знаний, необходимых для информированного выбора и для защиты. Ценно понимание, что участники из разных секторов могут иметь разную логику, которую они обязаны выносить, в том числе при оценке ситуаций в секторе здравоохранения. В-шестых, поскольку экономисты имеют отношение к выбору, они стараются понять природу давления на принимающих решения, и оценить расходы и доходы от принятия или непринятия (откладывания или отказа от) решения. В некоторых ситуациях, когда допускается неэффективное использование ресурсов, возможно внести большие улучшения, и таким образом достичь заданных объемов с меньшим количеством ресурсов (или больших объемов с теми же ресурсами) без необходимости жертвовать другими объемами или результатами. В других ситуациях, однако, экономисты, вероятно,

подчеркнут, что более одного (желательного) результата можно достичь только приняв ограничения.

И, наконец, важно понимать экономический размер в контексте большей картины.

Осмысление и экономические методы вносят конкретный вклад в достижение целей стратегии «здоровье для всех». Однако, навыки и осмысление, полученные с помощью других дисциплин, таких как эпидемиология, операционное исследование, политология и социология, также ценны и часто имеют дополняющий характер. Исследование основных целей HEALTH21 и лежащих в ее основе ценностей и принципов подтверждает важный вклад экономики здравоохранения. В том случае, когда экономисты чувствительны к окружению принятия решения и действий, они стараются найти создателей политики, администраторов или практических работников, восприимчивых к вкладу мышления в соответствии с экономикой здравоохранения и применению ее методов при разработке политики и стратегии, а также при планировании и управлении услугами.

Интересно то, что широкое мышление, принятое экономистами, может оказаться столь же ценным, что и технические детали, к примеру, расходы в сравнении с доходами альтернативных пользователей скудных ресурсов;

Принятия решения на границе; результаты изменения приоритетов, включая на риск и неопределенность; и вопросы распределения, касающиеся того, кто выигрывает, а кто проигрывает от принятия конкретных планов действий.

Упражнение 1

Обсудите вклад, который экономический стиль мышления (и экономисты) могут внести в:

- (i) прояснение целей стратегии «здоровье для всех»
- (ii) средства, которые могут быть использованы для их достижения
- (iii) оценку того, насколько они достигнуты.

Рассмотрите вклад экономик с точки зрения четырех организаторов системы здравоохранения:

- (i) национальные или региональные создатели политики и планировщики
- (ii) менеджеры учреждений и услуг здравоохранения
- (iii) профессионалы сферы здравоохранения (доктора, сестры, фармацевты и стоматологи)
- (iv) пользователи услуг здравоохранения.

Использование модели «здоровье для всех»

Здоровье людей является действительной основой их счастья и сил
Бенджамин Дизраэли

Отличие должно быть проведено между экономической политикой, призванной создать богатство, и социальной политикой, призванной создать гармонию, или, по крайней мере, создать большее социальное единство. Политическая реальность такова, что, в иерархии ценностей, которые управляют карьерами и репутациями в правительстве и министерствах, самыми важными являются портфели министров внутренней и внешней безопасности и министра экономики.

Здравоохранение и другие аспекты социальной политики явно имеют подчиненное место. Как следствие, одним лежащей в основании заботой движения «здоровье для всех» было обеспечить большую политическую прозрачность и осознание целей стратегии, а также признание со стороны правительств (не только министерств здравоохранения) их важности для социально-экономического развития. Это считалось предпосылками для эффективного осуществления стратегии.

Если согласиться со взглядом Дизраэли на здравоохранение и государство, следует ли соглашаться с Бевериджем, что коллективное, ответственное социальное действие предпочтительно для экономического индивидуализма в поисках благополучия для человека?

Нам следует относиться к недостатку, бедности, болезни и невежеству как к общим врагам всех нас, а не просто как к врагу, с которым каждый человек может заключить сепаратный мир, сбежав в мир личного процветания, и оставив товарищей в его тисках. Это смысл социальной сознательности – то каждый должен отказаться от заключения сепаратного мира с социальным злом.

Создатели политики в сфере здравоохранения, которые сталкиваются с политическими и этическими вызовами при создании социально-экономической политики, имеют модель «здоровья для всех», с которой могут начать. У модели есть свои критики. Но в действительности это тщательно возведенная конструкция, которая использует традиции государственного здравоохранения, эпидемиологические подтверждения, технологические тенденции и прогнозы, моральный призыв и политический оптимизм. Эффективно и убедительно представленная, стратегия может быть весьма привлекательной. Она может использоваться как катализатор для более интенсивного сотрудничества между учреждениями, оказывающими медицинские и другие социальные услуги, предприятиями частного сектора, различными добровольными организациями и группами, а также средствами массовой информации. Такое сотрудничество также предполагает совместные информационные усилия для планирования и мониторинга того, как население обслуживается, и в чем нуждается, а также того, как обстоят дела с текущим осуществлением политики и предоставлением услуг. С ее помощью также можно показать, что может быть сделано с небольшими или не слишком большими расходами, если обеспечить хорошую координацию и мотивацию усилий людей.

Политика выходит за пределы повестки дня сектора здравоохранения, воспринимаемой профессиональными медиками, - или политиками и широкой публикой. И тем не менее она продолжает существовать. Это происходит, или, по крайней мере, может происходить частично потому, что несмотря на то, что стратегия сформулирована в самых общих терминах, ни одно из государств-членов не захотело возразить против нее. Как продукт межправительственной международной организации, формально одобренный основными странами-участниками, стратегия должна проецироваться как политически нейтральная или универсальная. В результате, однако, стратегия является коллективистской, в немалой степени благодаря открытой поддержке равенства как фундаментальной цели и предпосылки здоровья. Также, хотя стратегия должна быть адаптирована к условиям страны или сообщества для ее должного осуществления, слишком селективное принятие ее компонентов уничтожит общую стройность стратегии.

Важно осознавать взаимозависимость различных уровней создания политики. Если применяется принцип дополнительности, решения будут приниматься на самом подходящем уровне для цели каждого решения. Говоря в целом, природа действия, участники и способы, с помощью которых принимаются решения будут варьироваться с учетом конституции, практики, обстоятельств и традиций страны.

Дополнительность предполагает, что, в максимально возможной мере, подробный план создания политики и действия – это местный вопрос, хотя часто решаемый внутри системы, которая была определена или подверглась влиянию на других уровнях. Это включает несколько параметров, таких как физическая среда, жилье, социальная история и традиции, стиль жизни, культура и образование, а также другая ориентированная на человека деятельность и процессы, креативность и терпимость.

На таком фоне повестка дня стратегии может быть сформирована путем определения, анализ и реагирования на коллективные нужды. Принятые решения будут

иметь кратковременный эффект и возможные долговременные последствия. И тот и другие должны быть взвешены до принятия решений. Их можно классифицировать как:

- необходимости – такие как услуги, меры обеспечения безопасной среды, которая сводит к минимуму неприемлемые для здоровья опасные факторы,

- возможности выбора – создание альтернатив, таких как здоровый дом, в котором люди живут по своему желанию, и

- вызовы – разработка соответствующей политики в ответ на признанные социальные проблемы с последствиями для здоровья: к примеру, как может отчужденная группа населения интегрироваться в сообщество, или как можно смягчить социальные и психологические последствия безработицы?

Есть некоторые явления, с которыми борются многие страны: культура секционного изоляционизма, относительный недостаток власти и статуса у министерств здравоохранения, политические недостатки развития здравоохранения воспринимаются как ограниченная концепция, которая не может привлечь к себе постоянного политического внимания правительства. Случается также, что высокопоставленные политики или бюрократы индифферентно относятся к научным знаниям как основе принятия наилучших решений – они могут предпочесть другие способы обоснования решений.

Подходы к таким явлениям могут быть выработаны в ходе работы над предложенными формулировками политики «здоровья для всех». В них указываются ключевые факторы успеха, которые обсуждаются в следующей части модуля. Хотя они проистекают из анализа непосредственного опыта, они полностью проработаны, и не являются проектом, который просто надо одобрить и начать выполнять. Предложения должны помочь начать обсуждение практических стратегий в конкретных местных условиях. Они стимулируют поиск альтернативных подходов, когда все условия для успеха не наличествуют.

При выработке эффективного подхода к политическому управлению политикой здравоохранения, ответственное лицо должно дать ответ на четыре базовых вопроса. Что может контролироваться? Что может быть изменено? На что можно повлиять и как? О чем можно вести переговоры (или на основе чего можно получить кредит для использования позднее)? При определении списка осуществимых действий (к примеру, в сфере законодательства, регулирования, финансирования, образования и исследований), необходимо определить органы/организации, которые будут отвечать за эту работу, предварительно оценив их способность действовать в данной ситуации.

Выработка политики и планирование – это столкновение между воображением и реализмом. Хотя планы могут корректироваться с учетом их осуществимости и доступности ресурсов, отправная точка здесь обычно – генерирование идей. Начиная с реализма, мы рискуем тем, что можем не увидеть результатов. Это важная точка, поскольку во многих странах задержки и компромиссы – явление непрекращающееся. Во многих случаях не и какого-либо чувства, что твою мечту разделяют.

К примеру, является ли стратегия первичной медицинской помощи:

- суммой мер, направленных на то, чтобы способствовать достижению трех общих интерпретаций здоровья (долголетие, нормальное поведение и физическая форма; или отсутствие или лечение заболевания и доступ к медицинскому обслуживанию; или социальное равенство, удовлетворенность и удовлетворяющие взаимоотношения?); или

- рабочее координирование здравоохранения с другими услугами, такими как образование и среда?); или

- функциональное интегрирование через систему направлений с растущим числом специализированных медицинских услуг, оказываемых лечебными учреждениями?

Это способ ответить на эти вопросы на практике, а не в риторических документах, где определяется, как составить повестку дня и действовать в соответствии с ней. Политические консультанты и планировщики должны быть чувствительными к

тенденциям и беспокойству, имеющим место за пределами и в пределах сферы здравоохранения. В любых случаях, вероятность противодействия подчеркивает необходимость иметь под рукой разные средства для внесения изменений, которые предполагают участие государства и частных лиц.

Сохранение импульса, полученного стратегией «здоровье для всех», часто вопрос адекватной защиты против оппозиции. Доводы могут формулироваться на различных основаниях. К примеру, жизненность политики может быть поставлена под вопрос на политическом уровне, в случае, когда конкретные заинтересованные круги (от производителей и дистрибьюторов продукции, которая оказалась вредной для пациентов больницы с хорошей репутацией, которые угрожают урезать бюджет) стремятся повлиять на людей, принимающих политические решения. Другие доводы могут быть сформулированы на институциональном или профессиональном уровне. К примеру, власти могут неохотно поощрять (или участвовать в) споре, который может стать причиной изменений – спокойно работающие организации предпочитают работать, как работается. Оппоненты могут заявить, что нет места или нужды для политики превентивных мер или интервенций; будущее покажет динамика взаимодействия интересов или рынок; в любом случае цели стратегии основаны на допущениях сомнительной научной обоснованности? Короче говоря, появятся утверждение, что все это политически нереально и экономически неосуществимо.

Третий поток возражений возникнет на социально-культурном уровне. К примеру, возражающие могут утверждать, что никто реально не заинтересован в реформе политики здравоохранения, если он чувствует себя здоровым и удовлетворен предоставляемыми услугами. А если кто-либо неудовлетворен, он высказывает конкретные претензии, которые могут быть основаны на недостатках в работе системы здравоохранения; или на невыполнении клинических стандартов, или озабоченности, связанной с появлением старых проблем государственного здравоохранения, таких, как безопасность пищи, связанных с серьезной утратой доверия (к примеру, вирусом коровьего бешенства в Великобритании). Некоторые могут даже высказать опасение, что «здоровье для всех» - это завуалированная форма «возложения ответственности на жертв», поскольку подчеркивание ответственности индивидуумов за их стиль жизни и состояние здоровья, является центральной точкой изменений.

Защищать цели стратегии становится легче, если они возникли во время открытых дебатов между группами интересов (участниками). Активное распространение информации и публичное обсуждение – важные инструменты обеспечения большей политической прозрачности в вопросах здравоохранения и усиления политического стремления рассматривать здоровье серьезно, как вопрос государственного значения. Легче противостоять оппонентам, если есть продуманное обоснование для всеобъемлющего и интегрированного подхода, который подчеркивает связи между кажущимися отдельными вопросами. К примеру, эффективный подход использует множественные скоординированные стратегии обращения с общими причинами возникновения основных непередаваемых заболеваний, которые ответственны за высокий уровень смертности и инвалидности в индустриальных обществах. Конечно, иногда политически целесообразно представлять и рассматривать некоторые вопросы отдельно с целью получить поддержку отдельных мер в ходе публичных дебатов. Однако, это поведение отличается от поддержания своей собственной всеобъемлющей компетенции (т.е. системного мышления), как у разработчика политики, конструктора или управленца. Если оппозиция не является по существу отражением угрозы конкретным интересам, она может быть атакована возражающими, особенно если они имеют убедительные доводы о том, что подозрительность и противостояние стратегии основаны на неправильном понимании концепции или неправильного прочтения подтверждений.

Упражнение 2

В какой мере принцип «здравоохранение для всех» может помочь принимающим решения справиться с политическими и этическими вызовами, возникшими при создании социально-экономической политики в здравоохранении в Вашей стране? Рассмотрите этот вопрос в отношении:

- (i) конкретной недавней политики в сфере здравоохранения или изменения в политике (или предложения), преимущественно спорного и существенного;
- (ii) разных уровней принимающих решения, указанных в Упражнении 1.

Ключевые факторы успеха

Эффективный подход к политическому управлению политикой в сфере здравоохранения и изменениями в практике здравоохранения требует внимательного рассмотрения трех вопросов.

Первый. Получение дохода от многоуровневого межсекционного процесса с конкретными учреждениями, назначенными ответственными за его начало и осуществление. Спектр возможных действий (к примеру, законодательных, регулирующих, финансовых, образовательных и исследовательских), предпринимаемых вместе с конкретными учреждениями, которые будут отвечать, индивидуально или вместе с другими, должен быть определен и оценен с точки зрения соответствия конкретным ожидаемым обстоятельствам.

Второе. Эффективный подход требует непрерывной политической приверженности, действий тогда, когда они необходимы. Крупные изменения обычно происходят длительное время. Если ключевые участники отказываются от своей политической приверженности в процессе (или окажется, что они могут отказаться), задача реформы станет еще более трудной, а определенные цели могут быть недостижимы. Третье. Есть цели, которые требуют распространения информации о здоровье, проблемах здоровья и оценки рисков, а также возможных мер противодействия с оценкой возможного результата. Условия для разработки эффективной политики включают следующее:

- достаточные подтверждения масштаба проблемы, ее основных характеристик и необходимости действия, которое будет возможно и приемлемо в такой среде.

- ответственность за защиту и улучшение здоровья (и там, где нужно, необходимость совместных, в том числе межсекционных, действий) подтверждена действующими лицами за пределами сфера здравоохранения на министерском, управленческой и рабочем уровнях. Это особенно важно, когда предложенные действия требуют взаимодействия на уровне секторов, предполагают большие расходы и удовлетворение нужд могущественных групп.

- приоритеты, программы, распределение ресурсов и методов работы секторов могут быть согласованы. Это не всегда возможно, но если этого все же удастся добиться, это делает разработку политики более эффективной (и быстрой), а также повышает эффективность ее осуществления на постоянной основе.

Предложение о разработке новой политики будет принято с меньшей вероятностью, если будет воспринято как «игра с нулевой суммой» какими-либо заинтересованными кругами. Число детально разрабатываемых политических инициатив также ограничено, что увеличивает их значение. Это помогает сфокусироваться на соответствующих интересах и участниках, не распыляясь на конкурирующие требования. Желательно, чтобы балы разумная вероятность получения ранних видимых и положительных результатов от инициативы, так чтобы успех можно было продемонстрировать широкой публике и политическим кругам. Запас неосязаемых капиталов ограничен, а ключевые участники вряд ли пожелают вступить в игру, предполагающую рискованные нововведения, особенно если они не являются фокусом их

интересов. Возможности сформулировать политику могут быть организованы в нисходящем порядке приоритетности:

- первый, определение для других секторов взаимных выгод от сотрудничества и развития сферы здравоохранения

- второй, определение спектра возможного обмена одолжениями с другими секторами с тем, чтобы стимулировать их к сотрудничеству

- третий, отсеечение попыток атаковать другие сектора до того момента, когда создатель политики займет более сильную политическую позицию.

При всех условиях важно избегать позы, которая может выглядеть как «империализм» или попытка колонизировать другие сектора.

В общем, подход означает три вещи: (i) определение планов действий, заинтересованных сторон, и последствий; (ii) поиск политической приверженности, создание сетей, стимулирование первичной деятельности и поддержки; (iii) переговоры о планировании действий в отношении конкретных вопросов с должной подготовкой и консультациями, включение в согласованные процедуры мониторинга и оценки. Это позволить произвести оценку разработки быстро, применить «лечебные меры» в случае необходимости и стимулировать проведение цикла консультативного изучения. Эффективно и убедительно представленная, стратегия станет очень привлекательной, катализатором сотрудничества между теми, кто оказывает медицинские услуги, и другими организациями и группами, включая средства массовой информации. Значительную роль, которую могут играть организации добровольцев и отдельные добровольцы также должна быть оценена. Такое сотрудничество также подразумевает совместные информационные усилия с целями планирования и мониторинга. Конечно, разные группы могут с успехом быть нацелены на разные сферы деятельности. К примеру, некоторые политики могут заинтересоваться еще больше, если акцент будет сделан на межнациональных сравнениях, особенно, если они будут освещаться в средствах массовой информации, в то время как другие могут быть убеждены, используя эффект подражания. Некоторые заинтересованные круги могут быть убеждены информацией о том, что их противники были вовлечены другими государствами-членами, и результатами, которых они достигли. Иногда ясное изложение доступной информации может само по себе придать форму задачам и убедить ответственные учреждения. Доводы могут быть подкреплены обсуждениями с заинтересованными группами, которые не должны содержать противоречий между заявлениями, сделанными разным группам.

На таком фоне роль (местных) создателей политики в сфере здравоохранения и планировщиков имеет несколько аспектов. Три из них указаны здесь. Первый относится к анализу местных условий, освещению вызывающих беспокойство вопросов, которые интересны для местного населения, убеждение других уровней правительства или предприятий (в государственном и частном секторах), чье участие или содействие необходимо. Второй аспект относится к переносу своего энтузиазма другим организациям, обучение других (в том числе профессионалов) любыми доступными методами, лоббирование концепций ЗДВ с целью включения их в программу обучения и использование совместного изучения систем здравоохранения с тем, чтобы завоевать доверие к концепции. Третий аспект – использование даже небольшого успеха для демонстрации целесообразности разработки концепции. Быстрое распотравление позволит разделить успехи и поражения с другими, облегчит изучение, исправление (если будет необходимо) и улучшит результат.

Для достижения этих целей нет единого метода. Каждая точка касания должна выбираться с учетом обстоятельств. Политические, административные и культурные черты здесь – определяющие факторы. Стратегия должна демонстрировать соответствие реальным ожиданиям. Некоторые обязательства, однако, остаются постоянными.

- Необходимо проводить и поддерживать различия между политикой (содержанием желаемого и планируемого действия или комплекса действий) и политикой (процессом дебатов и переговоров, в ходе которых решения по предложенным действиям принимаются и осуществляются)

- Фокус на интересы, ради которых политика и готовится (к примеру, выгоды для населения или совершение предложенного действия или вмешательства) должен быть четким, а основания для анализа ограничений политики и суждения о том, что политически и административно осуществимо (а также желательно) должен быть проведен.

- разные подходы к определению приоритетности должны быть признаны, а выбранный подход применен в конкретных обстоятельствах. Различия проводятся между пятью типами критериев. Первый – критерий здоровья, уменьшение числа смертности и инвалидностей с помощью самой эффективной технологии. Второй – этический, минимизация смертности и инвалидности, к примеру, в случаях, когда есть в наличии эффективная технология (внутри и за пределами сектора здравоохранения), которая еще не используется. Есть также критерий ресурсы –соображения стоимости и кадрового обеспечения. Политические критерии – давление на принимающих решения лиц, социальные критерии – важность вопроса для сообщества (к примеру, злоупотребление алкоголем или наркотиками). Выбранные критерии создают, как прелюдию для выбора стратегии, набор вопросов о том, какое действие необходимо предпринять, кто его должен предпринять, где и в каком порядке нужно достигать каких целей.

Общая цель политического управления государственным здравоохранением – это определение инноваций, которые необходимо принять, и затем обеспечение приверженности всем тем интересам, чье участие необходимо для достижения поставленных целей. Это означает попытку бросить создать разделенное видение будущего, общую идеологию, определить взаимные выгоды. Это требует организации – структур, процессов и процедур для ведения консультаций и переговоров, создания сети с разными и между разными заинтересованными группами, создание коалиций для критической поддержки стратегий, осуществление проектов и поддержку полученных в результате программ.

Эффективность действий зависит от определения всех необходимых ресурсов и источников их получения. Такими ресурсами могут быть деньги, человеческие ресурсы (штат и добровольцы), материалы и здания, а также такие неосязаемые факторы, как энтузиазм и доступ к информации.

Необходимо принять решения о том, как лучше всего использовать ресурсы, в том числе как комбинировать их. После анализа, создания поддержки и разработки стратегии должно следовать внедрение через скоординированное действие. На этой критической стадии необходимо четко видеть, что можно реально сделать, в том числе получить подтверждения возможности достижения целей, указанных в предложениях.

Успешные действия имеют результат. Результаты могут иметь разную форму. К примеру, могут быть политические результаты, предполагающие такие элементы, как подтверждение широкого участия в дебатах и принятии решений, конструктивных конфликт идей или политических и других механизмов реализации творческого потенциала людей. Во-вторых, могут быть результаты в сфере активности – увеличение активности. В-третьих могут быть результаты в сфере здоровья – измеряемое и видимое улучшение состояние здоровья. Такие результаты необходимо отслеживать.

Сущность успешного политического управления государственным здравоохранением видна ясно: общее видение, политическая воля к сотрудничеству, поддержка долей участия, соответствующие механизм и структуры определения и внедрения возможностей, творческий климат. Хотя это нелегко, это можно сделать. Однако часто не делается.

Упражнение 3

Что Вы считаете ключевыми факторами успеха политического управления государственным здравоохранением? Рассмотрите этот вопрос:

(i) конкретной недавней политики в сфере здравоохранения или изменения в политике (или предложения), преимущественно спорного и существенного;

(ii) с точки зрения того, кто выигрывает, а кто проигрывает от изменений – получит ли политическое управление выгоду от другого распределения прибылей и убытков между разными участинками?

Будут ли ключевые фактор теми же для экономики на стадии упадка и на стадии роста? Если нет, в чем различия?

4.2.3. РУКОВОДСТВО И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

*Крис Селби Смит и Джон Вин Оуэн*⁶

Основные идеи

- Управление здравоохранением имеет определенное значение и важно. Менеджеры в сфере здравоохранения вносят свой вклад в оказание медицинской помощи и улучшение здоровья, прибавляя годы к жизни и качественную жизнь к годам.

- Управление в целях здравоохранения включает принятие решений относительно того, что надо сделать, и обеспечение того, чтобы все было сделано, через людей.

- Менеджеры занимаются как процессами, так и результатами, когда результаты включают количество и качество.

- Хорошие менеджеры обеспечивают службу поддержки, которая позволяет объединить ресурсы рационально, эффективно, экономично и справедливо. Результатом является улучшение достижения целей здравоохранения их организаций.

- Люди являются особенно важным ресурсом в сфере здравоохранения; со временем, хорошее управление развивает способности людей, поставщиков или пользователей, чтобы они сделали свой вклад в получение результатов и выбор при наличии информации.

- Выдающиеся менеджеры характеризуются своим образом мыслей, представления и поведения. Они знают о важности управления рисками, и они могут придать больше значения всей организации.

Заметки руководителей

Настоящий модуль был написан в качестве руководства для тех, кто занимает разные управленческие должности. Он может быть также интересен тем, кто занимается разработкой политического курса, и консультантам, так как позволяет понять основные аспекты успешно вносимых изменений и более эффективного управления ресурсами. Модуль должен также позволять руководителю поддерживать важность ясного видения и ценностей, полученных из опыта, поощряя практикующих специалистов быть более ответственными и влиятельными в отношении внутренних и внешних перемен, привлекая персонал к принятию решений и продвигая культуру непрерывного улучшения и развития.

Хотя модуль, с первого взгляда, относится более к менеджерам и специалистам в области здравоохранения из четырех основных групп потенциальных пользователей этих учебных материалов, особенно в отношении *анализа*, он полезен для всех четырех групп

⁶ Этот модуль был подготовлен профессором Крисом Селби Смитом из Университета Монаш в Австралии (e-mail: chris.selbysmith@buseco.monash.edu.au) и Джоном Вином Оуэном, секретарем Наффилд Траст, Лондон (e-mail: jwo@nuffieldtrust.org.uk).

пользователей в плане *оценки и экспертизы*. Он в значительной степени относится к политическим фигурам и чиновникам, принимающим решения, очень высокого уровня, а также к членам различных заинтересованных общественных групп, не последних, ввиду того влияния, которое они имеют, прямо или косвенно, на обстановку, в которой работают менеджеры, и поощрения (и санкции), которые применяются к ним. Кроме того, он может быть полезен для них в плане анализа своих собственных стилей работы и подходов, их сильных и слабых сторон, и применения как в области здравоохранения и медицинской помощи, так и во многих других областях, в которых они могут работать (например, политики, чиновники высокого ранга агентств вне сферы здравоохранения, журналисты, должностные лица профессиональных союзов и известные граждане, которые делают свой вклад в негосударственные, религиозные, благотворительные и добровольные организации, а также заседают в правлении больницы).

Три упражнения предназначены для освещения некоторых важных аспектов модуля. Упражнение 1 сосредотачивает внимание на основных факторах внутренней и внешней обстановки, в которой работают менеджеры, на том, как менеджеры реагируют на них, и как они могут влиять на них в непосредственной ситуации и в перспективе. Упражнение 2 акцентирует внимание на соответствующих обязанностях и сферах полномочий и отчетности менеджеров в определенных ситуациях, на том, как они относятся (или могут относиться) друг к другу, и на последствиях (для процессов и результатов), которые возникают, когда эти три элемента не связаны тесно. Упражнение 3 сосредотачивает внимание на целях управленческих действий как на макро-, так и на микро-уровнях, на том, как можно их достичь (включая определение приоритетов), и как можно измерить управленческие достижения.

Упражнения могут использоваться по-разному. Например, они могут использоваться в письменной презентации, в устном обсуждении или дискуссии. Ролевая игра может быть полезна для определенной аудитории. Можно использовать конкретные или гипотетические примеры.

Управленческая среда

Все менеджеры попадают под влияние среды, в которой они работают, и менеджеры в сфере здравоохранения – не исключение. Таким образом, законодатели, разработчики политического курса, плановики (и, в более широком смысле, политические, экономические и социальные факторы) влияют на поощрения, как позитивные, так и негативные, с которыми сталкиваются менеджеры при осуществлении своих функций. Факторы окружающей среды могут разделяться на те, которые находятся внутри организации – временные внутренние факторы окружающей среды, и те, которые действуют извне на организацию – временные внешние факторы окружающей среды. Примеры внутренних факторов включают местных рабочих, таких как врачи, медицинские сестры, другие специалисты, служебный или вспомогательный персонал, организационные процессы, такие как рабочий механизм или внутренние бюджетные процессы, и определенную практику и ожидания. Примеры внешних факторов для отдельного учреждения здравоохранения включают национальное министерство здравоохранения или региональное управление по здравоохранению, организованную медицинскую профессию, общество, поставщиков и профессиональные союзы. Все факторы окружающей среды могут быть относящимися, в большей или меньшей степени, к решениям, принимаемым менеджерами в сфере здравоохранения. В некоторых случаях, они сдерживают управленческое действие, в других - они могут предоставлять возможности.

Сфера, в которой работают менеджеры здравоохранения, имеет несколько специфических свойств. Например, может быть трудным определить количество и объединить результаты, по сравнению с более четкой итоговой строкой многих организаций частного сектора. Частично это происходит потому, что в большинстве

европейских стран важным является государственное снабжение. Когда имеет место негосударственное снабжение, оно часто является скорее некоммерческим, религиозным или благотворительным по ориентации, чем частным и коммерческим, у поставщиков особые взаимоотношения на основе доверия и ответственности перед пациентами. Во многих случаях, пользователи медицинских услуг представляют собой уязвимые группы или физические лица, которые часто особенно уязвимы, когда взаимодействуют с системой здравоохранения (например, больные, бездомные, находящиеся под стрессом или относительно плохо информированные по сравнению с поставщиками).

Менеджеры здравоохранения работают в сфере со значительными:

- политическими элементами, например, интерес масс-медиа к новорожденным с малым весом,
- бюрократическими элементами, такими как высокий уровень государственного финансирования и снабжения,
- профессиональными элементами, которые особенно значительны среди врачей, и
- общественными элементами, такими как местные взаимоотношения и ожидания.

Ввиду того, что сектор здравоохранения является большим и разнообразным, существуют значительные различия в управленческих сферах, обращаясь к отдельным менеджерам здравоохранения, например, общественные или частные секторы, или менеджерам по уходу за пожилыми, по сравнению с теми, кто работает в больницах при университетах или имеет практику общего профиля. В общем, сектор здравоохранения имеет тенденцию быть востребованной средой для менеджеров.

Кроме того, во многих европейских странах имели место значительные перемены в той сфере, в которой работают менеджеры здравоохранения. Эти перемены варьируются от юрисдикции к юрисдикции, как и скорость, с которой они протекают. Примеры включают:

- относительный вес, прикрепляемый к предпочтениям пользователей медицинских услуг по сравнению с предпочтениями поставщиков;
- баланс между государственным и частным снабжением (и финансированием) медицинских услуг;
- баланс между профилактикой, лечением, реабилитацией и уходом;
- относительный приоритет, прикрепляемый к качеству и количеству;
- большее признание важности межсекторных аспектов управления в целях здравоохранения;
- объем, в котором принятие управленческих решений передается, демократизируется и попадает под влияние доказательства.

Упражнение 1

Определите основные факторы окружающей среды, влияющие на Ваши управленческие решения. Сделайте различие между внутренними и внешними факторами окружающей среды. В каком объеме Вы можете влиять на них: в ближайшем будущем или в перспективе?

Уровни и этапы принятия управленческих решений

Управление в целях здравоохранения требует принятия решений на разных уровнях. Во-первых, на уровне определения национального политического курса, менеджеры стараются установить соответствующие параметры для принятия решений посредством практикующих специалистов для управления межсекторными отношениями и получения достаточных ресурсов. В федеральных системах, важны взаимоотношения между национальными и региональными или провинциальными органами; в унитарных государствах, эти взаимоотношения тоже имеют место, но менее заметны. Учитываются

как политические, так и бюрократические суждения, так как политический курс и политическая деятельность не отделимы от управления и руководства, а связаны с ними. Определение политического курса может иметь четкие этапы: определение проблем и повестки дня, формулировка политического курса, принятие политического курса, осуществление политического курса, мониторинг бюджета и оценка политического курса. На практике, эти этапы часто менее разделены и линейны, например, проблемы осуществления могут приводить к изменению политического курса.

Во-вторых, существует принятие управленческих решений на уровне отдельных учреждений здравоохранения, таких как базовая больница при университете, сеть домов престарелых или организация частного здравоохранения. Принятие управленческих решений на этом уровне может иметь параллели с управлением в других организациях, учитывая специфические черты среды здравоохранения. Культура менеджеров здравоохранения на этом уровне имеет тенденцию значительно отличаться от культуры гражданской службы. В децентрализованных системах здравоохранения, или когда командно-административные системы дают некоторую свободу на месте, обычно требуется, чтобы менеджеры скорее разрабатывали и осуществляли соответствующие политические курсы, а не просто принимали центральные директивы. Принятие управленческих решений включает рассмотрение как подхода сверху вниз, так и подхода снизу вверх.

В-третьих, имеет место принятие профессиональных решений, таких как решения врачей, медицинских сестер, фармацевтов, стоматологов, терапевтов или других специалистов в области здравоохранения. Взаимоотношения между поставщиками и пациентами в сфере здравоохранения подразумевают, что решения, принимаемые как пользователями, так и поставщиками, влияют на процессы и результаты здравоохранения.

В Модуле 4.2.1 по анализу политического курса, торговле и обсуждению, Джон Левис определил три уровня политического курса здравоохранения, которые он назвал: клинический, административный и законодательный уровни. Принятие управленческих решений, которое обсуждается здесь, относится в первую очередь к принятию решений на административном уровне и на клиническом уровне, когда поставщики в сфере здравоохранения принимают административные решения.

Менеджер в сфере здравоохранения часто сталкивается с разработкой решений и инициацией действия, что учитывает разные дисциплинарные подходы. Взгляд бухгалтера может не соответствовать взгляду экономиста, а взгляд медицинского специалиста-практика – взгляду лица, приверженного этике. Перспектива профессионального поставщика может не быть равной перспективам финансиста или пациента. Менеджер несет ответственность за поиск справедливого и разумного решения, учитывая соответствующие факторы и перспективы, и действуя соответственно. Менеджеры не только ответственны за принятие собственных решений, но и за создание климата и применение поощрений для побуждения других принимать надлежащие решения, в первую очередь, в своих собственных организациях, а также в более обширной системе здравоохранения.

Ответственность, полномочия и отчетность не всегда тесно связаны друг с другом для определенного менеджера. Когда это случается, эти три элемента должны быть тесно взаимосвязаны друг с другом. Никто не должен иметь возможности избежать наказания за те дела, за которые фактически отвечает: например, когда хирург, не оказывая надлежащей помощи, убивает пациента, который выздоровел бы и прожил бы хорошую жизнь, если бы его лечили компетентно. С другой стороны, никто не должен принимать вину на себя за дела, которые находятся вне его контроля.

Упражнение 2

В Вашей управленческой среде:

1. Связаны ли тесно обязательства (которые, как ожидается, выполняете Вы), полномочия (что Вы имеете право делать) и отчетность (которую, как ожидается, подготавливаете Вы), или нет?

2. Если обязательства, полномочия и отчетность не связаны тесно для отдельных менеджеров в Вашей среде:

(i) В каком объеме это вызвано факторами внутренними или внешними для организации?

(ii) Каковы последствия для процессов и результатов здравоохранения?

(iii) Какими способами могут обязательства, полномочия и отчетность связываться более тесно друг с другом?

Цели

Менеджеры принимают решения, чтобы достичь результатов. Крайне важно, чтобы цели, которые будут достигаться, были четко определены, какими бы трудными они ни были для полного достижения и вне зависимости от периодически необходимых тактических корректировок. В разных странах разный баланс целей, которые они стараются достичь. Например, Соединенные Штаты более снисходительны к разности результатов здравоохранения, чем Соединенное Королевство, в то время как частное снабжение более учитывается в некоторых европейских странах, чем в других, где социальная солидарность выше социального одобрения. Менеджеры, которые принимают решения на уровне отдельных учреждений здравоохранения, тоже имеют разный баланс целей: например, профилактика посредством обследования, лечение посредством хирургии или уход посредством длительной поддержки группы пациентов и их семей. Однако менеджеры должны всегда иметь четкое представление о целях, которых они добиваются, иначе нет никакой возможности достичь их. Следует, конечно, признать, что результаты здравоохранения истекают не только из сектора здравоохранения или административных обязанностей министерства здравоохранения. На них могут оказывать значительное влияние такие факторы, как улучшение дорожного строительства, законы о ремне безопасности или выборочная проверка водителей на алкоголь, или имеет ли человек работу, и средние уровни дохода и его распределение, или жилищные условия и пенсия.

Каждая служба и менеджер в сфере здравоохранения могут получить пользу от размышления о том, чего они стараются достичь, и об альтернативах этого. Качественная служба здравоохранения имеет три пробы. Первая – обязательство по улучшению здоровья, когда года прибавляются к жизни, и качественная жизнь – к годам. Вторая – обязательство перед людьми и осознанное стремление оказывать услуги, ориентированные на людей. Это относится как к тем, кто работает в секторе здравоохранения, так и к тем, для кого предоставляются услуги. Третья – обязательство по эффективному использованию ресурсов, включая финансовые ресурсы, людские ресурсы и интеллектуальные ресурсы рабочей силы здравоохранения. Эффективность, экономичность, бережливость и справедливость являются ориентирами для менеджеров при рассмотрении своих целей в ближайшем будущем и в перспективе. Цели менеджеров здравоохранения включают как результаты, так и процессы, такие как достоинство и уважение по отношению к пациентам и их семьям. Однако трудно охватить тот объем, в котором происходят такие перемены, и объем, в котором принятие управленческих решений способствует этому.

В то время как экономисты привыкли думать о максимизации результатов, подлежа данным ограничениям, менеджеры часто обнаруживают, что их задание – это удовлетворение. Они торгуются, обсуждают и ищут компромисс, когда это неизбежно. В

худшем случае, принятие решений откладывается, трудных решений избегают, а обязанности становятся туманными. В лучшем случае, менеджеры достигают самого выгодного результата, который они могут достичь на тот момент, часто – одновременно по нескольким параметрам. Они учитывают, когда должны, реалии времени, но готовы идти к дальнейшим достижениям, когда имеется возможность в будущем. Процесс продолжается, так что, то, что получено сегодня, может быть потеряно завтра. Может существовать трудность в удовлетворительной концептуализации целей организации, по сравнению с разнообразными целями групп и физических лиц внутри нее: например, см. Линдблом: «по-прежнему неразбериха, все никак» (1). Важной управленческой целью является создание таких условий, когда один ряд улучшений облегчает другие в кумулятивном процессе. Системы могут быть существенными, но люди, поощрения и мотивации имеют тенденцию быть особенно важными.

Сочетание ресурсов

Можно достичь несколько результатов посредством использования только одного вида затрат. В обычной ситуации, следует сочетать, организовывать или управлять множеством ресурсов. Например, врач-практик, секретарь/регистратор, учреждения, оборудование и информация могут сочетаться для обеспечения службы врача общего профиля; в то время как ряд медицинских специальностей, таких как хирургия, анестезия и диагностические службы плюс медицинские сестры и администраторы, специализированная операционная, оборудование, товары народного потребления и информация вносят свой вклад в проведение успешной хирургической операции. Менеджеры на всех уровнях принятия решений сочетают и организуют ресурсы для обеспечения эффективности, экономичности, бережливости и справедливости. Иногда менеджеры могут использовать ресурсы других, чтобы достичь своих собственных целей: Килинг называет это дипломатией (2). Это относится к результатам здравоохранения и процессам, посредством которых они достигаются. Менеджеры ответственны за организацию производственного функционирования здравоохранения, т.е. процессов, посредством которых затраты дают ценные результаты.

Менеджмент в секторе здравоохранения может включать сочетание и организацию широкого диапазона ресурсов.

- В плане расходов, труд имеет тенденцию составлять наибольшие затраты на единицу: от двух третьих до трех четвертых общих расходов здравоохранения во многих развитых странах. Конечно, это может быть недооценкой, обусловленной существенным вкладом, предоставляемым часто службой вкладов (от членов семей, религиозных орденов, и добровольные или благотворительные взносы). Труд является решающим для процессов здравоохранения, как и для его результатов. Трудовые затраты сильно разнятся. Они могут включать врачей, медицинских сестер и прочих специалистов здравоохранения, административные, секретарские службы и службы поддержки, такие как инжиниринг и техническое обслуживание, общественное питание, службы уборки и безопасности, и парапрофессиональные услуги, такие как те, которые предоставляются работниками скорой помощи, парамедиками и лабораторными техниками.

- Другие важные ресурсы включают финансирование, информацию и технологию здравоохранения. Менеджеры также должны быть осведомлены о правовых рамках и административных структурах, внутри которых они работают, так как они сдерживают действия и предоставляют возможности.

- Ввиду того, что соответствующие взаимосвязи динамичны, менеджеры здравоохранения нуждаются в открытости перспективам развития и новым знаниям, а также в основных навыках, подготовке и опыте в менеджменте. Теория, практика и их взаимодействие являются важными в то время, как продолжение изучения является существенным в поле практики, характеризующемся быстрым изменением.

Те, кто занимается управлением в сфере здравоохранения, в первую очередь, работают среди людей. В ближайшем будущем, им необходимо знать о том, какие ресурсы доступны, и как лучше использовать их для достижения целей. Но в перспективе, хорошие менеджеры ищут возможности расширения ресурсов, которые доступны посредством демонстрации достижения, инвестируя в ресурсы учреждений и инфраструктуры, и сильно споря, когда определяется распределение ресурсов.

Инвестиции могут включать дополнительные или улучшенные ресурсы, такие как труд, здания, оборудование или информация, из которых может быть получен усиленный поток услуг. Для менеджеров может быть также возможным получить больше результатов из существующих ресурсов, включая посредством:

- организационной культуры, которая стимулирует обучающую и повышенную продуктивность;
- поощрений, которые соединяют личные награды и признание с их вкладом в организационные цели; и
- принятие прозрачных решений, которое устанавливает более тесную связь с обязательствами, полномочиями и отчетностью.

Удивительно, насколько сильно, даже в больших организациях, личные качества, взгляд и напористость старших менеджеров могут влиять на получаемые результаты здравоохранения, и как компетентные и мотивированные команды в хорошо управляемых сферах могут достигать результатов, которые недостижимы даже для самых способных и наиболее преданных делу отдельных лиц.

Менеджеры на всех уровнях принятия решений имеют также обязательства признавать ограничения. У служащих есть кроме работы личная жизнь, и иногда людские ресурсы являются недостаточными для достижения желаемых результатов, какими бы компетентными, обязательными и хорошо управляемыми они ни были. Управленческим обязательством является обеспечение того, чтобы работники здравоохранения не являлись ответственными за невозможность достигнуть невозможных целей, наряду с обеспечением того, чтобы ресурсы управлялись таким образом, чтобы был получен абсолютный максимум результатов здравоохранения, которые возможны.

Многие страны ОЭСР⁷ проверяют финансирование и организацию своих систем здравоохранения. Уэльс представлен здесь как анализ конкретного случая, когда существенный прогресс был достигнут в стратегических рамках с целью повышения уровня здоровья народа до лучшего в Европе. Такие стратегические рамки были ориентированы на улучшение здоровья, людей и здравоохранение на основе наименьших ресурсов, информированное определенными рамками исследований и научных разработок.

Анализ конкретного случая: опыт из Уэльса

Выверка повесток дня по вопросам здравоохранения и улучшение операционной работы систем здравоохранения имеет главенствующий приоритет в ряде стран. В настоящее время, имеет место ограниченное число примеров, которые могут служить в качестве анализа конкретных случаев объединения управления здравоохранением и медицинских услуг, однако Стратегическая цель и указание в Уэльсе стала «первым ответом на Стратегию ВОЗ по здравоохранению для всех к 2000 г. и, следовательно, ей не доставало моделей, которым надо было следовать...» (3). В отчете Национального аудиторского управления упоминалось, что «Инициатива имела более значительное влияние на тот способ, которым Государственная служба здравоохранения в Уэльсе планирует проводить разработки службы». (3)

Реформы Британской системы здравоохранения в 1990-х годах фундаментально изменили управленческий и организационный профиль. Хотя руководящие принципы для

⁷ Организация экономического сотрудничества и развития.

Государственной службы здравоохранения являются одинаковыми для всех частей Соединенного Королевства, значительная автономия предоставляется Службе в Англии, Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии. Последние поправки к конституции Соединенного Королевства, учреждающие Шотландский парламент и Ассамблеи в Уэльсе и Северной Ирландии, консолидировали эту тенденцию – придавая политический характер тому, что ранее было административным пространством (4). Уэльс разработал свою собственную стратегию здравоохранения, как и Шотландия с Северной Ирландией. Стратегическая цель оказалась разумной и, хотя она была введена консервативной администрацией, была повторно акцентирована как политический курс последующей лейбористской администрацией в Уэльсе (5).

Хотя они различаются в деталях, стратегии, принятые Англией, Шотландией, Уэльсом и Северной Ирландией, имели важные схожие свойства. Во-первых, они подчеркивали необходимость решить главные проблемы здравоохранения, включая сердечно-сосудистые болезни и раковые заболевания, а также предоставить высший приоритет поддержке здравоохранения и профилактике заболеваний. Все они подчеркивали необходимость межсекторного взаимодействия и разработки медицинской аппаратуры, включая и с ведущими игроками как частного, так и общественного сектора, в сфере образования, промышленности, транспорта, окружающей среды или жилищного хозяйства. Партнерство со сферой высшего образования было рассмотрено как один из основных факторов изменений и благосостояния. Межсекторное сотрудничество было облегчено Управлением Уэльса, частью которого является Государственная служба здравоохранения – одно направление в государственной политике. Портфель включает от сельского хозяйства, промышленности и трудовой занятости, до дорог и транспорта, жилищного хозяйства и окружающей среды, образования и искусств, а также здравоохранение и персональные социальные службы. Он был составлен специально для продвижения более широких повесток дня по вопросам здравоохранения. Во-вторых, четыре стратегии отражали убеждение в том, что граждане должны находиться в центральной стадии планирования здравоохранения и оказания услуг. В итоге, имело место определение обеспечения большей ценности денег из существенных ресурсов, инвестированных в системы здравоохранения. Это было особенно важно в Уэльсе, который с населением около 3 миллионов человек и около 70 000 людей, занятых в сфере здравоохранения, занимает второе место по самому низкому значению ВВП на душу населения в Соединенном Королевстве.

Были подчеркнуты три аспекта опыта Уэльса. Во-первых, поразительным свойством уэльского подхода являлся акцент на поиск лучшей практики, где бы то ни было, уроки по разработке и осуществлению политического курса. Например, Уэльс является одним из так называемых «двигательных» регионов Европы, в которых индустрия двигателей представляет основную часть экономики, и Уэльс был основателем Регионов ВОЗ Сети здравоохранения. Уэльская стратегия также была ориентирована на систематическое получение информации из своего опыта о том, как улучшить будущую работу.

Во-вторых, уэльский подход включал в себя подход стратегического управления. Это означает четкое определение того, кто что сделал, к какому сроку, и справедливую оценку работы. Существует четыре основных фактора успеха такого подхода: определение цели службы, объединение видения и безопасного владения, преобразование политического курса в эффективное управление и клиническое действие, и тщательный мониторинг процесса. Уэльское видение в отношении Государственной службы здравоохранения, в качестве партнера, заключалось в том, чтобы люди Уэльса вошли в двадцать первый век с уровнем здравоохранения, конкурирующим с лучшим в Европе. Была внедрена новая на тот момент идея того, что улучшение здоровья является одной из целей, к которым должна стремиться система здравоохранения.

Эта инициатива охватывала десять областей, в которых можно было улучшать здоровье (недавно обновлено), и которые вместе отвечали за 80% всех расходов здравоохранения в Уэльсе. Три нити проходило через каждую из десяти областей улучшения здоровья:

- улучшение здоровья, концентрирующееся на улучшении здоровья посредством перемещения ресурсов для того, чтобы сделать лечение эффективным;
- службы должны стать более отзывчивыми на нужды и предпочтения населения, рассматривая общее влияние служб скорее на жизни людей, а не на более узкую клиническую перспективу; и
- эффективное использование ресурсов посредством обеспечения надлежащего баланса между профилактикой, поддержкой, диагностикой, оценкой, лечением, уходом и реабилитацией.

В-третьих, хотя Управление Уэльса играло ключевую роль в предложении руководства, реальное действие происходило на местном уровне. Были планы в сфере здравоохранения, которые предлагали специальные управленческие действия для прохождения вех, определенных в местных стратегиях. Рамки должны были разрабатываться при сотрудничестве с менеджерами, специалистами и персоналом внутри системы. Осуществление руководящей роли и одновременное продвижение дальнейшей передачи обязательств оказалось трудно сбалансировать. Уэльсская стратегия признавала необходимость задействовать более полно, чем в прошлом, людей, вовлеченных в управление и оказание услуг при определении и достижении целей здравоохранения Уэльса. Оказалось, необходимо, чтобы местные планы в сфере здравоохранения были поняты и приняты такими людьми, чтобы они были эффективно переданы, и имело место улучшение здоровья. Уэльсский подход был не без трудностей (6). Произошел перерасход, и были замечены трудности с финансированием служб здравоохранения в некоторых странах. Прогресс шел медленно при реализации Отчета Хайна по раковым службам (7). Наблюдалось напряжение между политикой и руководством в Управлении Уэльса, культурные различия между гражданской службой и Государственной службой здравоохранения, а также различия в том, как лучше лечить психические заболевания - рассматривать вопрос социальной помощи или здравоохранения. Но в целом, это был период развития и способ стимуляции здравоохранения и медицинских служб. Это был период, когда концепция улучшения здоровья стала валютой Всемирного банка, а модель не только повлияла на разработки в Австралии и Новой Зеландии, а также послужила анализом конкретного случая, который поведал должным образом о разработке Хартии Люблина (8).

Упражнение 3

- (a) Определите, какие цели старается достичь менеджер здравоохранения, на макро-уровне, и какие стратегии могут помочь в их достижении.
- (b) На микро-уровне, какие факторы Вы бы рассмотрели:
 - при определении управленческих действий для достижения особой цели; и
 - при определении приоритетов между альтернативными результатами здравоохранения?
- (c) Как бы Вы узнали, что достигли целей?

Образы мышления

Выдающиеся менеджеры, на всех уровнях принятия решений, характеризуются своим образом мышления, представлением проблем и поведением. Во-первых, в то время как они знают о сложностях управленческой среды, они не парализованы анализом. Они ориентированы на действие и принятие лучших возможных решений при доминирующих обстоятельствах. Они четко знают свои цели, но готовы проявить гибкость в отношении

того, как достичь их. В зависимости от обстоятельств, может меняться и их тактика. Пока они принимают решения в настоящем, они ориентированы на достижение среднесрочных или долгосрочных целей. Они признают, что их основное влияние на результаты возможно через посредничество других людей, и они стараются создать условия, в которых другие могут и готовы показать себя с лучшей стороны. Они понимают, что получение результатов в сфере здравоохранения является сложным делом, что многие лица, дисциплины, профессии и перспективы могут внести свой вклад, и что менеджер является проводником, который позволяет всему оркестру показать весь свой потенциал.

Во-вторых, роль менеджера должна обязательно включать балансировку рисков, решая по ходу дела, что кажется более подходящим в свете доступной информации, и обеспечение осуществления в деловой манере. Таким образом, представление альтернатив, поощрение других (и, когда необходимо, применение дисциплинарных мер) и поддержание действий, как только решения были приняты, являются существенными элементами управленческой роли. Для достижения эффективных результатов, менеджеру необходима поддержка вносимых ресурсов, как и им будет необходима поддержка менеджера, если они собираются сделать полный вклад. Кроме того, все менеджеры делают ошибки. Некоторые решения оказываются неверными, в то время, как другие решения не принимаются, хотя должны были бы. Это неизбежно. Единственный менеджер, который никогда не делает ошибок – это тот, который никогда не принимает решений, так что управление рисками присуще его роли. Часто оспаривается тот факт, что управленческая роль стала более трудной в результате, например, увеличения числа изменений, отклоняясь от прямых полномочий и увеличивая отчетность. То, что некоторые считают проблемой, другие воспринимают как возможность.

В-третьих, управленческая роль показательна на практике. То, как менеджер действует, имеет тенденцию воздействовать сильнее, чем то, что менеджер говорит. Влияние менеджера, большей частью, происходит во время создания климата, при руководстве, а не при простом администрировании. Менеджер, который кажется закрытым для новых идей или альтернативных предложений по улучшению результатов здравоохранения, вероятно, не сможет получить весь потенциально возможный вклад от коллег. Улучшение процессов и результатов здравоохранения часто базируется на открытом поиске в ходе сотрудничества, готовности рассмотреть новые доказательства или альтернативные подходы. Например, управленческая ориентация скорее в отношении поставщиков, а не пациентов, возможно, быстро отразится на организационных операциях и приоритетах. Менеджерам необходимо знать динамические элементы своих заданий и межсекторных вкладов в результаты здравоохранения, и то, что они имеют обязательства перед более обширной системой здравоохранения и обществом, а также перед своими учреждениями. Как утверждала ВОЗ: «Ясно, что здоровье не возникает из действий, осуществляемых единственно сектором здравоохранения: скорее это результат всех политических курсов общества, и то, как они отдельно, или взаимодействуя друг с другом, поддерживают или ослабляют здоровье» (9). В то время как сеть может разрабатывать двухсторонние потоки информации, навыков и подходов, которые улучшают принятие решений, все чаще признается то, насколько много знаний уже подразумевается и заключено в отдельных лицах.

Литература

1. LINDBLOM, C.E. Still muddling, not yet through. *Public administration review*, 39(6): 517–526 (1979).
2. KEELING, G. *Management in government*. London, Allen and Unwin, 1972.
3. NATIONAL AUDIT OFFICE. *Improving health in Wales*. London, HMSO, 1996 (HC 633 Session 1995–1996).
4. HAZELL, R. & JERVIS, P. *Devolution and health*. London, The Nuffield Trust, 1998 (The Nuffield Trust Series No. 3).

5. *Putting patients first*. London, NHS Wales, 1998.
6. WYN OWEN, J. *Change the Welsh way: health and the NHS*. London, The Nuffield Trust, 2000.
7. *A policy framework for commissioning cancer services*. Report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales. London, HMSO, 1995.
8. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document EUR/ICP/CARE 9401/CN01).
9. *HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998, p. 104 (European Health for All Series, No. 5).

Дополнительная литература

- ROBBINS, S.P. & COULTER, M.K. *Management*, 6th ed. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1998.
- SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J., ED. *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (ISBN 92 890 1336 2).
- STEWART, R., ED. *Management of health care*. Aldershot, Ashgate Dartmouth, 1998 (ISBN 1 85521 934 4).
- WARNER, M. *Re-designing health services. Reducing the zone of delusion*. London, The Nuffield Trust. 1997 (ISBN 0900574 97 6).

4.3 УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАТРАТ

4.3.1. РАЗВИТИЕ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Майкл Ф. Драммонд и Бьерн Линдгрэн, с участием Евы Бондарь⁸

Основные идеи

- Оздоровительные технологии – это механизмы, посредством которых скудные ресурсы комбинируются для улучшения здоровья как отдельных лиц, так и населения.
- Оздоровительные технологии не ограничиваются сектором ухода за клиническими пациентами, а включают поддержку здоровья, профилактику заболеваний, диагностику, лечение, реабилитацию и уход.
- Новые оздоровительные технологии разрабатываются посредством исследовательской работы на основе государственного финансирования в университетах и исследовательских учреждениях. Существуют также исследования и научные разработки на основе частного финансирования, например, в фармацевтической промышленности.
- Новые оздоровительные технологии не разрабатываются случайно, а стимулируются поощрениями для развития особых видов технологии посредством государственного регулирования и финансовыми стимулами рынка.
- Значительная неэффективность может иметь место в том, как технологии производятся (исследования и научные разработки), и какими способами они применяются, например, не на тех пациентах, не в той обстановке или необученными специалистами.
- Новые оздоровительные технологии распространяются постепенно, и их принятие, в общем, происходит в форме S.
- Разные факторы либо сдерживают, либо стимулируют развитие и распространение оздоровительных технологий. Они включают механизмы оплаты для специалистов и учреждений в области оздоровления.

⁸ Этот модуль подготовлен профессором Майклом Драммондом из Университета Йорка, Соединенное Королевство (e-mail: chedir@york.ac.uk) и профессором Бьерном Линдгрэн из ЛУСХЕ, Швеция (e-mail: inger.lindgren@luce.lu.se), с участием доктора Евы Бондар из Будапешта, Венгрия (e-mail: bondar_eva@s16.kibernet.hu).

- Можно использовать как непосредственное регулирование, так и финансовые стимулы для поощрения более рационального распространения и использования оздоровительных технологий. Регулирование может соединяться с экономической оценкой.

- Ряд факторов влияет на эффективность затрат оздоровительной технологии в данной обстановке.

- Можно использовать экономические модели для содействия лицам, принимающим решения, в толковании доказательств по данной технологии для своей собственной обстановки.

Заметки руководителей

Широкий диапазон групп внутри системы здравоохранения выиграл бы от большего понимания развития и распространения оздоровительной технологии.

Этот модуль может представлять особый интерес для тех, кто участвует в проектировании непосредственного регулирования и финансовых стимулов для поощрения более рационального распространения и использования оздоровительных технологий, включая:

- лиц, определяющих политику здравоохранения
- лиц, определяющих политику фармацевтической промышленности
- гражданских служащих и другой государственный технический персонал
- должностных лиц сферы здравоохранения
- менеджеров здравоохранения.

Модуль содержит блоки, иллюстрирующие вопросы, представленные в тексте, несколько вопросов для обсуждения в контексте, специфичном для страны, и упражнение, планируемое для оказания помощи лицам, принимающим решения и желающим истолковать данные по эффективности затрат оздоровительных технологий в своей собственной обстановке. Упражнение основано на материале, приведенном в Модуле 5.3.1 (по экономической оценке) и Модуле 5.4.1 (по моделированию).

Введение

Улучшение здоровья является первичной целью сектора здравоохранения (1). Оздоровительные технологии являются механизмами, посредством которых малые ресурсы комбинируются для улучшения здоровья. Оздоровительные технологии не ограничиваются сектором ухода за клиническими пациентами, а включают поддержку здоровья, профилактику заболеваний, диагностику, лечение, реабилитацию и уход. Например, время и навыки хирурга сочетаются со временем и навыками анестезиологов, медицинских сестер и ассистентов плюс оборудование операционной, для того, чтобы провести аппендэктомию, которая при определенных обстоятельствах может быть необходимой процедурой для поддержки здоровья, или физическая нагрузка, пища с малым содержанием жиров и воздержание от курения могут снизить риск развития системной болезни сердца и инсульта, и могут, таким образом, увеличить вероятную продолжительность и качество жизни.

В ближайшем будущем, существующие оздоровительные технологии определяют максимально возможный вклад в здоровье населения, учитывая доступные ресурсы, вложенные в здоровье. Однако существует много доказательств неэффективности. Неэффективность означает, что этот потенциал реализован не полностью – ресурсы затрачены, а качество сектора здравоохранения слишком низко в плане достигнутого улучшения здоровья. Здоровье населения могло бы быстро улучшиться посредством увеличения эффективности сектора здравоохранения (Модуль 3.2.2). А в перспективе, больше ресурсов, затраченных на здоровье, могут принести (маргинальные) вклады в здоровье людей. Однако, конечно, существуют очевидные ограничения по этому подходу.

Рано или поздно, улучшение здоровья будет снижаться, в то время как ресурсы будут добавляться. Единственный способ – это существенно увеличить возможности для долгой и здоровой жизни посредством новых знаний о том, как малые ресурсы можно комбинировать для улучшения здоровья, т.е. посредством развития и распространения новых оздоровительных технологий.

Развитие качества в секторе здравоохранения в плане улучшения здоровья населения можно достичь посредством уменьшения неэффективности при использовании существующих оздоровительных технологий, увеличивая ресурсы, затраченные на здоровье, и разрабатывая новые оздоровительные технологии (1). Учитывая решающую роль, которую играют оздоровительные технологии в улучшении здоровья населения, важно, чтобы лица, определяющие политический курс здравоохранения, менеджеры и специалисты понимали их разработку и распространение. Иначе, может иметь место значительная неэффективность того, как производятся новые технологии, посредством исследований и разработок, и способов их использования. Этот модуль касается следующих двух связанных тем:

(i) Экономика исследований и научных разработок

Исследования и научные разработки являются важным свойством разработки новых оздоровительных технологий. Какова их потенциальная неэффективность? Какое влияние имеют разные подходы к компенсации и ценообразованию оздоровительных технологий на исследования и научные разработки? Как применить поощрения для улучшения эффективности к этим исследованиям и научным разработкам? Как следует устанавливать приоритеты для исследований и научных разработок?

(ii) Экономика передачи и распространения

Новые оздоровительные технологии распространяются с разной скоростью в разных странах. Они адаптируются и изменяются, они охватывают другие среды и другие группы пациентов. Какие факторы стимулируют использование определенных технологий? Какие факторы сдерживают использование определенных технологий? Как оздоровительные технологии переходят из одной обстановки или области применения в другую? Каково влияние разных систем оплаты на специалистов и такие учреждения как больницы? Как следует распределять поощрения между ключевыми фигурами в системах здравоохранения для надлежащего использования оздоровительных технологий? Как могут лица, принимающие решения, адаптировать или толковать экономические доказательства по данной технологии для своей собственной обстановки? Какова роль экономических доказательств в планировании регулирования? (Этот последний вопрос рассматривается в Модуле 5.3.1 по Экономической оценке).

Экономика исследований и научных разработок

Оздоровительные технологии включают поддержку здоровья, профилактику заболеваний, диагностику, лечение, реабилитацию и уход, которые могут содействовать здоровью населения. Новые знания о том, как можно стимулировать здоровье посредством изменения поведения отдельных лиц могут быть, по крайней мере, так же важны, как и новые процедуры в уходе за клиническими пациентами при развитии качества в секторе здравоохранения. При уходе за клиническими пациентами, технологии не ограничиваются такими вопросами, как технология электромагнитного резонанса или другое дорогое оборудование, но включают «все лекарства, приборы, процедуры и системы организации» (2). Некоторые технологии большей частью заключаются в физических вопросах, таких как лекарства и приборы, поскольку другие технологии, такие как системы организации или хирургические процедуры, представляют знания, имеющиеся только в уме и навыках людей.

С конца Второй мировой войны, произошли резкие изменения технологий, доступных для здравоохранения. Почти все диагностические и лечебные методы, которые используются сегодня при уходе за клиническими пациентами, были неизвестны еще 50

или даже 40 лет назад. Среди лекарств по рецепту врача, например, около 10% из 200 наиболее продаваемых лекарств оказываются новыми каждый год, и только 25% из 200 самых продаваемых лекарств остаются в этой группе 15 лет спустя. Революция в обработке информации посредством развития новых аппаратных средств и программного обеспечения затронула и здравоохранение. Новые способы организации здравоохранения были введены в течение последних нескольких лет. Кроме того, существует значительное количество новых знаний об эффектах здорового образа жизни и о том, как изменить окружающую среду так, чтобы люди делали выбор в пользу здоровья.

Новые оздоровительные технологии разрабатываются через исследовательскую деятельность на основе государственного финансирования в университетах и исследовательских институтах. Существуют также исследования и научные разработки на основе частного финансирования, например, в фармацевтической промышленности, которые приводят к новым оздоровительным технологиям. Поощрения могут различаться между организациями с частным финансированием и государственным финансированием в отношении объема и направления исследований и научных разработок новых оздоровительных технологий, однако для всех агентов, участвующих в развитии новых оздоровительных технологий жизненно важно планируемое применение новой технологии. Для частной, коммерческой фармацевтической компании это очевидно, однако исследователи в университетах могут также захотеть увидеть свои разработанные научные открытия на практике. Некоторые люди заинтересованы в разработке технологий, которых еще никто не использовал.

Таким образом, новые технологии не разрабатываются случайно, а стимулируются поощрениями, которые доступны для развития особых видов технологии. Ожидаемый доход определяет разработку. Доходы могут быть как денежными, так и, для таких лиц как исследователи в университетах, не денежными (слава, высокие должности и т.п.).

Таким образом, некоторые основные характеристики являются одинаковыми для исследований и научных разработок для всех оздоровительных технологий даже, несмотря на возможное наличие некоторых различий. Экономика исследований и научных разработок в фармацевтической промышленности достаточно хорошо документирована. Кроме того, фармацевтическая промышленность работает в рыночной сфере, в которой деятельность как фирм, так и промышленности в целом регулируется финансовыми стимулами – перспектива рыночного дохода для покрытия расходов от разработок лекарств, в дополнение к издержкам от их производства. Следовательно, мы будем использовать фармацевтические исследования и научные разработки в качестве примера изучения характеристик процесса исследований и научных разработок и обсуждения факторов, определяющих объем и направление исследований и научных разработок новых оздоровительных технологий. Роль учебных разработок подчеркнута в Блоке 1.

Блок 1. Роль учебных разработок

Учебные разработки играют важную роль в развитии новых оздоровительных технологий. Исследования в университетах на основе государственного или частного финансирования являются часто предпосылкой для применимых исследований и научных разработок, например, в фармацевтических компаниях. Таким образом, большей частью, основные разработки и прикладные исследования и научные разработки в фармацевтических компаниях являются взаимодополняющими. Однако оказалось, что существует и некоторая замена: когда основные учебные разработки в определенной области терапии учащаются, увеличиваются и частные инвестиции как в той же категории исследований и научных разработок, и даже больше в других категориях.

Ввиду различия поощрений, при решающей роли финансовых стимулов в частном деле, направления разработок также различаются. Ресурсы, направленные на менее преобладающие и более серьезные болезни, имеют тенденцию иметь источником государственные средства, а не частную промышленность. Этот вид разработок, однако,

может не привести к применяемым исследованиям и научным разработкам, потому что финансовые стимулы для промышленности не существуют (см. пример, обсуждаемый в Блоке 2).

Университеты (и университетские больницы, связанные с медицинским обучением и разработками) также играют важную роль для местонахождения и успеха частной промышленности. Большая часть новых научных знаний сконцентрирована в нескольких регионах внутри нескольких стран. Если знания будут опубликованы в документах, географическое местонахождение будет неважно. Важность неофициальных личных контактов кажется, однако, решающей. Таким образом, университеты и учебные разработки не только предоставляют промышленности высококвалифицированный труд, но и внешние черты исследований и научных разработок, такие как симпозиумы, конференции, семинары и обучение.

Источники: Джафф (3), Вард энд Дреноув (4).

Исследования и научные разработки фармацевтики

Разработка нового фармацевтического продукта требует времени и денег. После определения потенциального рынка, фармацевтическая компания участвует в поиске новых химических веществ. Часто тысячи веществ испытываются, прежде чем одно вещество окажется потенциально полезным; это вещество затем совершенствуется, и высшие вещества представляются в качестве возможных лекарств. Разнообразные фармакологические тесты (например, на токсичность веществ) проводятся при использовании моделей как животных, так и неживотных клеток.

Когда вещество соответствует определенным критериям, испытания проводятся на людях-добровольцах. Но этого, однако, не происходит, пока компания не направит заявку в соответствующий регулятивный орган (в Соединенных Штатах, это Управление по контролю за продуктами и лекарствами) и не получит одобрение на проведение клинических испытаний. Период времени от заявки до одобрения может занять от 5 до 9 лет. Клинические исследования начинаются с малых выборочных испытаний только с участием здоровых лиц (скажем, 50-100). Когда соотношение дозировки, эффектов и переносимости проанализируется, осуществляются крупномасштабные испытания, скажем, на 500-5000 пациентах. Разные дозы сравниваются с плацебо и традиционным лечением. Доказательства эффективности и неблагоприятного действия, взаимодействия с другими лекарствами и т.п., включая длительное лечение, документируются.

После установления безопасности и эффективности лекарства, заявка направляется в соответствующий регулятивный орган для регистрации нового фармацевтического продукта. После одобрения, процесса, который может занять 1-3 года, компания может, в итоге, выбросить на рынок свой новый фармацевтический продукт. По оценкам, в среднем, 12 лет и 360 миллионов долларов США уходит на открытие и разработку нового фармацевтического продукта, прежде чем он появится на рынке. Это по существу цена новых знаний о том, как могут быть использованы малые ресурсы здравоохранения. Если конкуренты смогут использовать эти новые знания без оплаты производства своих новых пилюль, эти «умельцы» смогут легко установить цены на свою продукцию намного ниже, чем необходимо для компании-изобретателя для компенсации своих затрат на исследования и научные разработки. Очевидно, что будет очень мало исследований и научных разработок в частных фармацевтических компаниях, если рынок не будет регулироваться. Основная мера, используемая в данном случае правительством, это гарантия временной монополии через законы о патентах. (Патенты, в действительности, имеют длинную историю: первый закон о патентах, кажется, был принят Республикой Венеция в 1474 г.) Права собственности изобретателя на фармацевтическую продукцию, процессы и использование защищаются в течение 20 лет в соответствии с Соглашением Всемирной торговой организации по Торговым аспектам Прав на интеллектуальную

собственность. Еще (пока) нет Европейского патента, но после одной заявки патентовладелец получает пачку национальных патентов. Патентовладелец может либо одновременно использовать открытие или выдавать лицензию другим на использование изобретения в установленном размере роялти.

Для защиты своих торговых интересов от конкурентов, фармацевтическая компания обычно обращается за патентами, как можно скорее, в процессе разработки. Это означает, что новый фармацевтический продукт имеет менее 20 лет (может быть, только 10 лет) защиты патента, когда он, в итоге попадет на рынок. Ожидаемый доход во время оставшегося периода срока действия патента жизненно важен для решений компаний по поводу разработки и внедрения на рынке нового фармацевтического продукта. Общество использует патенты в качестве стимула для изобретателя разрабатывать соответствующую технологию и делать ее доступной по разумной цене.

Влияние регулирования

Ожидаемый доход зависит как от ожидаемых цен, так и от ожидаемых объемов, продаваемых на фармацевтическом рынке, при этом в обоих случаях оказывается влияние со стороны государственного регулирования. Цены более или менее регулируются во всех европейских странах, особенно, если фармацевтика получает компенсацию от (социального) страхования. Компенсация может быть также предпосылкой для больших объемов; подсчитанная ценовая эластичность очень низка для лекарств по рецепту врача, за которые пациенты платят только малую долю. На объемы также влияет размер целевой группы пациентов и медицинские решения врачей. Размер целевой группы пациентов может попадать под влияние решений, принимаемых регулятивными органами. Торговый маркетинг, как и рекомендации комитетов по терапевтическим лекарствам, могут влиять на действия врачей. Образ предписания лекарств врачей может также попадать под влияние прямых финансовых стимулов, созданных тем, какое вознаграждение врачи получают от системы.

Таким образом, существует несколько путей для правительства влиять на деятельность фармацевтических компаний посредством влияния либо на цену разработки новых лекарств, либо на ожидаемый доход. Когда новое лекарство попадет на рынок. Регулирование фармацевтического рынка в особенности и система здравоохранения в целом создают обстановку, в которой компания принимает стратегические решения. Например, в некоторых странах, правительства требуют или просят экономической оценки для демонстрации «разумной» эффективности затрат и отношения затрат и результатов для компенсации нового лекарства. Если цена нового лекарства слишком высока по отношению к его эффектам в плане последствий для здоровья, то лекарство не будет компенсироваться. Таким образом, фармацевтические компании имеют стимул производить свою собственную экономическую оценку потенциальных новых лекарств, как можно раньше, в процессе исследований и научных разработок. Для компании не будет иметь смысла разрабатывать новое удивительное лекарство, если оно не покрывает затрат на исследования и научные разработки.

Однако с самого начала существует большая неопределенность относительно характеристик продукта и, следовательно, будущего дохода. Тем не менее, компания может по-прежнему желать составить, по крайней мере, ориентировочную смету потенциальной эффективности затрат своего нового лекарства как части решения продолжать или не продолжать процесс. На некоторых других стадиях, компания будет принимать решения продолжать, сокращать или расширять. Несмотря на то, что эти решения естественно зависят от потенциальных терапевтических выгод и ожидаемой частоты и разнообразия неблагоприятных реакций, они также зависят от предполагаемых будущих доходов и, следовательно, от предполагаемых результатов экономических оценок. Чем больше информации получено в ходе процесса разработки, тем более и более

надежными становятся экономические оценки как средство принятия решений в компании.

Можно ли достигнуть оптимального уровня и направления исследований и научных разработок оздоровительных технологий?

Очевидно, что разработка оздоровительных технологий попадает под влияние государственного регулирования. Таким образом, по крайней мере, в принципе, регуляторы смогут создать стимулы для новаторов разрабатывать оптимальный уровень и направление исследований и научных разработок оздоровительных технологий в общественной перспективе. Ввиду того, что исследования и научные разработки оздоровительных технологий требуют времени и денег, они представляют только капиталовложение с ожидаемыми прибылями в будущем спустя много лет затрат. Ресурсы, используемые для исследований и научных разработок оздоровительных технологий, могут использоваться незамедлительно или для других видов инвестиций. Оптимальный уровень и направление исследований и научных разработок оздоровительных технологий с общественной точки зрения достигается тогда, когда нет лучшего пути использования скудных средств, учитывая как настоящие, так и будущие потребности населения.

В принципе, не следует разрабатывать никакой новой оздоровительной технологии, в отношении которой готовность платить недостаточно высока. По тому же принципу, следует разрабатывать все новые оздоровительные технологии, в отношении которых готовность платить достаточно велика. Готовность платить представляет другие настоящие и будущие потребительские возможности, предпрешенные посредством использования ресурсов для исследований и научных разработок оздоровительных технологий. В каком объеме настоящие системы здравоохранения создают стимулы для оптимальной разработки оздоровительных технологий?

Оздоровительные технологии разрабатываются для мирового рынка, и, следовательно, для ведущих рынков мира, особенно рынка Соединенных Штатов, с другими характеристиками в плане демографии, дохода, предпочтений и т.п., чем, например, для таких малых стран, как Бельгия и Швеция. Несмотря на то, что регулирование страхования здоровья во всех странах может иметь значение, система здравоохранения Соединенных Штатов имеет, возможно, самое большое влияние на исследования и научные разработки оздоровительных технологий.

Блок 2. Слишком мало исследований и научных разработок вакцин?

Недостаток поощрений ввиду рыночных провалов является причиной, по которой социально полезные оздоровительные технологии могут не разрабатываться. Вакцины, например, оказались эффективными против нескольких инфекционных заболеваний – успех программы вакцинации против оспы, который привел к искоренению болезни, является, возможно, лучшим примером потенциала вакцин. Однако, сейчас существуют опасения, что проводится слишком мало исследований и научных разработок для производства новых вакцин, особенно против заразных заболеваний, которые часто встречаются в бедных странах.

Исследования и научные разработки вакцин являются глобальным общественным благом. Попытки в одной стране разработать новую и более эффективную вакцину против туберкулеза принесут также пользу многим другим странам. Как только будет разработана вакцина, и исследования и научные разработки будут сосредоточены на ней, правительство может, однако, постараться использовать свои права в качестве регулятора и основного покупателя, чтобы не компенсировать разработчику его расходы от исследований и научных разработок, но только издержки производства. Таким образом, потенциальные разработчики не будут инвестировать исследования и научные разработки

без надежных обязательств, которые будут оплачены, но, с другой стороны, никакая малая страна не имеет стимула платить.

Традиционно, правительство финансирует как основные разработки вакцин, так и более поздние стадии разработок посредством грантов разработчикам, следовательно, оплачивая заранее разработку вакцины. Развитие биотехнической индустрии и рост доступности рискованного капитала, однако, делают возможным для разработчиков привлечь инвесторов для финансирования исследований и научных разработок, как только ожидается достаточной большой рынок сбыта. Таким образом, чем больше применяемых стадий разработки новой вакцины, тем больше важных преимуществ имеют обязательства заранее платить (только), если вакцина в действительности разработана. Это дает разработчикам, фармацевтическим компаниям и инвесторам сильные стимулы сконцентрироваться на проектах, которые имеют разумные возможности получить жизнеспособную вакцину.

Г-н Джеймс Вульфенсон, президент Всемирного банка, сделал предложение по нескольким направлениям. Он предложил, чтобы банк создал фонд для покупки вакцин в размере 1 миллиард долларов США для содействия бедным странам в покупке определенных вакцин, если и когда они будут разработаны. Данное предложение имеет несколько преимуществ по сравнению с альтернативными способами вознаграждения разработчиков вакцин. Пролонгация патентов на другие фармацевтические препараты, наложит все бремя финансирования исследований и научных разработок вакцин на людей, которым необходимы эти другие фармацевтические препараты. Повышение цен уже существующих вакцин не может создать достаточных стимулов для новых разработок.

Источник: Кремер (5). Основной успех был достигнут посредством учреждения Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, и создания Глобального альянса по вакцинам и иммунизации.

Как подчеркивалось выше, слишком мало технологического прогресса будет в рынке, который полностью не регулируется. Это беспокойство может быть разрешено, по крайней мере, в принципе, предоставлением патентов. Было, однако, предложено, чтобы регулирование и проектирование страхования здоровья могло стимулировать разработку новых технологий, которые несубсидированные потребители не будут готовы оплатить, следовательно, приводя к потере благосостояния для общества. Это случится, если все прочие регулятивные меры будут спроектированы для стимулирования оптимального инвестирования новой технологии на несубсидированном рынке. Если, например, защита патента окажется неоптимальной в этом смысле, никакой потери благосостояния не произойдет из-за слишком быстрой скорости новшества, стимулированной страхованием.

Несколько новых технологий увеличивают ожидаемые затраты здравоохранения для определенного пациента, в то время как другие уменьшают их. Биолог Льюис Томас (6) различает три уровня оздоровительной технологии: (i) «отсутствие технологии» означает то, что болезнь непонятна; что приводит к утешению пациентов и уходу за ними с очень малой долей надежды на выздоровление, например, при лечении пациентов с трудноизлечимым раком; (ii) «частичная технология» приспособляется к болезни и откладывает смерть, например, при пересадке органов и хирургическом лечении рака; (iii) «высокая технология» является результатом настоящего понимания механизмов болезни, например, вакцин и антибиотиков для бактериальных инфекций. В общем, частичные технологии более дорогостоящи, чем отсутствие технологии и высокие технологии.

Как объяснено в Модуле 5.3.1, целью является технология с наименьшими затратами. Хотя терапевтическое значение новой технологии становится важным политическим вопросом, лица, определяющие политический курс, по-прежнему преимущественно озабочены затратами и расходами. Кажется, обычный здравый смысл экономистов в сфере здравоохранения подсказывает, что большинство новых технологий

увеличили, а не уменьшили расходы. Таким образом, кажется, что имело место относительно больше разработок частичных технологий, чем высоких технологий. Причины могут быть найдены в системах страхования возмещения затрат, используемых до недавнего времени на основных мировых рынках оздоровительных технологий, особенно в Соединенных Штатах. В таких системах, существует мало или нет никаких стимулов для поставщиков здравоохранения избежать дорогих технологий, которые только предельно эффективны, так как затраты оплачиваются ретроспективно посредством страхования. Это может привести к созданию неоптимальной разработки оздоровительных технологий для общественной перспективы, как для более узкой американской перспективы, так и для более широкой глобальной перспективы. В системах с перспективным ценообразованием, так и оценками эффективности затрат, должны быть стимулы для обхода разработки частичных технологий. Таким образом, регулирование и проектирование страхования здоровья будет иметь влияние не только на сумму исследований и научных разработок, но и на направление и вид новшества, которое будет разрабатываться.

Экономика передачи и распространения

Новые оздоровительные технологии продолжают разрабатываться и адаптироваться по мере их внедрения в систему здравоохранения. Например, новая хирургическая процедура может сначала использоваться опытными хирургами, работающими в третичных центрах. После этого, она может применяться более широко, как только другие хирурги услышат о ней.

Распространение или передача оздоровительных технологий вызывает беспокойство по двум поводам. Во-первых, по мере того, как распространяется технология, она может использоваться на большем количестве пациентов. Следует произвести оценку посредством экономической оценки (см. Модуль 5.3.1), будет ли оправдан более широкий спектр показаний к применению на основании экономичности затрат.

Во-вторых, по мере распространения, технология будет применяться в разных обстановках, в которых доступность аппаратуры и навыков специалистов и систем организации будет различаться. Следовательно, неясно, является ли эффективность затрат технологии **применимой в новой обстановке** той же, что и в первоначальной. А также, вопросы, относящиеся к передаче технологии, могут зависеть от типа технологии. Например, требования к подготовке, связанные с освоением новой хирургической технологии, могут отличаться от тех, которые необходимы для прописывания нового лекарства.

Эта часть модуля занимается второй из двух проблем эффективности, которая особенно важна в международной обстановке. А именно, имеет ли данная технология, при переходе в новую обстановку, настолько мало затрат, что и в первоначальной обстановке.

Факторы, влияющие на эффективность затрат оздоровительных технологий

Основная демография и эпидемиология заболевания

Страны имеют разные возрастные структуры своего населения и сферу разнообразных заболеваний. В некоторых случаях, это влияет на эффективность затрат оздоровительных технологий и программ, особенно на основе населения.

Блок 3. Эффективность затрат новых оздоровительных технологий

Новая оздоровительная технология никогда не принимается автоматически и одновременно всеми, кто может использовать ее или получить от нее прибыль. Распространение требует времени и, в общем, соответствует форме S (Рис. 1).

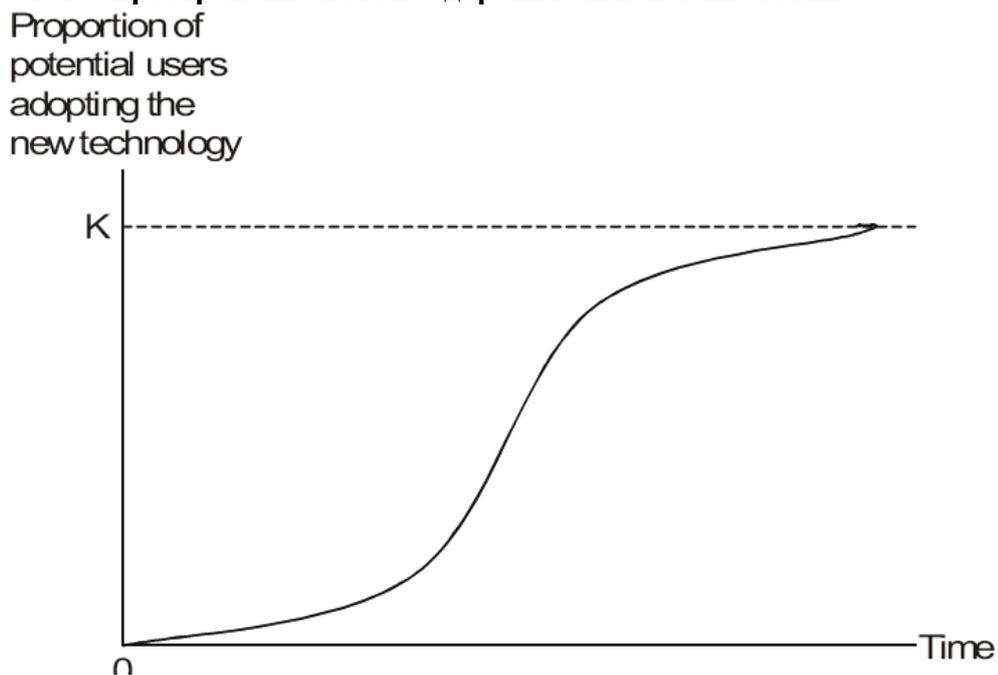
Вертикальная ось измеряет процент потенциальных поставщиков, которые приняли технологию, в то время как горизонтальная ось измеряет течение времени. Таким образом, принятие обычно начинается медленно, но ускоряется. В определенной точке, процент продолжает увеличиваться, но с уменьшающейся скоростью. Доля поставщиков асимптотично достигает 100 % с течением времени.

Почему некоторые поставщики принимают новую технологию более или менее быстро, сразу после появления, в то время как другие выжидают? Одним объяснением может служить то, что редко полностью очевидно, что является лучшей стратегией – раннее принятие или выжидание, так как затраты и прибыли от использования новой технологии на практике могут быть неизвестны с полной уверенностью заранее. Таким образом, пока выжидание означает то, что отдельные лица не могут получить прибыль от новой технологии (что означает потерю прибыли для них), раннее принятие может быть рискованно в плане некоторого серьезного неблагоприятного действия (не выявленного в клинических испытаниях), которое может иметь место. Таким образом, существует два типа ошибок, которые поставщики могут допустить: внедрить новую технологию слишком рано или слишком поздно. Степень нежелания принимать на себя риск может, таким образом, являться объясняющим фактором.

Другие факторы, определяющие скорость принятия, может или нет новая технология (i) требовать больших инвестиций, (ii) иметь влияние на организационную обстановку, (iii) требовать изменения навыков персонала поставщика, или (iv) использовать смещение расходов из общественного бюджета в карман пациента или из частного в общественный сектор.

Не все новые оздоровительные технологии соответствуют такой же форме S. Некоторые технологии распространяются быстрее, чем другие. Часто процесс распространения прерывается до того, как достигнуты все потенциальные принимающие лица. По-прежнему, могут внедряться новейшие технологии, которые будут конкурировать с недавно внедренными технологиями. Таким образом, за ростом процента принимающих лиц раньше или позже последует спад. Некоторые технологии, однако, остаются на рынке, а другие уходят полностью.

Рис. 1. Распространение новой оздоровительной технологии



Например, программы иммунизации или обследования и лечения заболевания, возможно, будут иметь больше затрат в населении, когда велика сфера данного заболевания. Различия в возрастных структурах стран, возможно, приведут к разным уровням сфер таких стран, и, следовательно, к размеру общего экономического бремени. Эффективность затрат лечения также, вероятно, будет различной по характеристикам пациентов, включая возраст, образ жизни и историю болезни. Следовательно, при обсуждении эффективности затрат лечения и программ здравоохранения, важно указывать пациентов, к которым применяются любые заявления.

Доступность ресурсов здравоохранения и изменений клинической практики

Страны различаются в отношении спектра лечения и аппаратуры, доступной для их населения. В случае лечения рака, доступность хирургии может варьироваться в зависимости от места. В некоторых странах с национальными системами здравоохранения, таких как Швеция и Соединенное Королевство, имеется нормирование списков очередности для приема в больницу. Доступность важной диагностической аппаратуры, такой как эндоскопия, также может варьироваться от места к месту. В свою очередь, доступность ресурсов может влиять на метод медицинской практики. Например, существует длинная очередь на эндоскопию, клиницист может попробовать терапевтическую дозу лекарства для пациента, страдающего от боли, характерной для язвы, не ожидая подтверждения диагноза. Другое различие стран, непосредственно относящееся к медикаментозному лечению, представляет собой ассортимент лицензированной продукции и доступность общей.

Хотя клиническая практика частично ограничена имеющимися альтернативами, известно, что практика варьируется в зависимости от клиницистов в одной и той же географической зоне, сталкиваясь существенно с тем же спектром опций лечения (7). В той степени, в которой клиническая практика систематически варьируется в разных странах, она может влиять на соответствующую эффективность затрат оздоровительных технологий.

Блок 4. Передача оздоровительных технологий в группы старшего возраста

После разработки, новые оздоровительные технологии будут распространяться. Они могут распространяться внутри стран, передаваться в новые обстановки и в новые группы пациентов. Таким образом, применение новой технологии первоначально может являться скрыто (или явно) ограниченным отдельными лицами внутри определенного возрастного диапазона, который может быть постепенно расширен до пациентов старшей (и/или младшей) группы.

Основная причина ограничения доступа к новым оздоровительным технологиям – часто ограниченность ресурсов в сочетании с ограниченным или неточным улучшением здоровья отдельных лиц старше или младше определенного возраста. Одним объяснением того, почему новые оздоровительные технологии обычно распространяются на старших (и младших) пациентов – это то, что ресурсы здравоохранения увеличиваются с течением времени. Другим объяснением служит постепенное усовершенствование технологий, которые увеличивают ожидаемое улучшение здоровья ввиду лечения. Распространение по возрастам существующей технологии может иметь существенное влияние на расходы здравоохранения на душу населения среди самых пожилых людей.

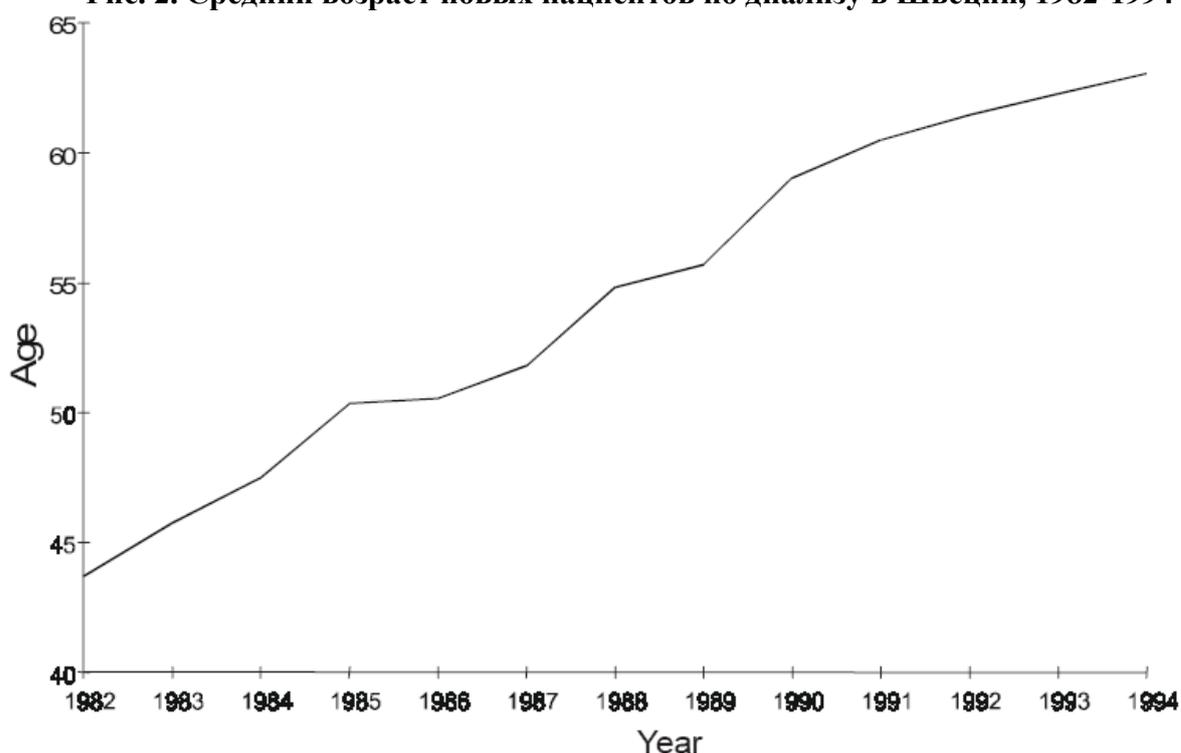
Уремия – это заболевание, которое может поразить только малое количество населения, однако, по-прежнему представляет значительную долю затрат здравоохранения. Два предпочтительных вида лечения – это трансплантация почки и/или диализ. Диализ представляет собой процесс забора крови у пациента, ее очистка и возврат в кровотоки пациента. Даже, хотя технология трансплантации почки известна полностью, доступность этой альтернативы строго ограничена наличием донорских органов; в некоторых странах очередь длится от 2 до 3 лет а диализ используется чаще, чем

желательно.

В Швеции, например, диализ стал распространен в начале 1960-х годов, а первая трансплантация почки была произведена в 1964 г. На Рис. 2 показано, как использование диализа передавалось группам старшего возраста в Швеции с 1982 г. по 1994 г. (вместе с увеличением общего числа новых пациентов, прибегающих к диализу каждый год). Возрастная структура по трансплантации почки, однако, была более или менее постоянной в тот же период времени. Здесь, передача, очевидно, была запрещена ввиду ограниченного доступа трансплантатам органов; общее количество случаев трансплантации в год было приблизительно одинаковым.

Источник: Ништедт (8).

Рис. 2. Средний возраст новых пациентов по диализу в Швеции, 1982-1994 гг.



Стимулы для специалистов и учреждений здравоохранения

В некоторых системах здравоохранения, уровень компенсации для специалистов и учреждений здравоохранения, в большей степени, не зависит от уровня оказываемых услуг. Например, больницы получают общий бюджет, и врачи получают вознаграждение в виде заработной платы. В других системах, врачи получают плату за определенный вид услуг, и больницы имеют компенсацию по числу случаев каждой категории лечения.

Часто предлагается, что врачи, работающие в соответствии с системой «плату за услугу», более вероятно, имеют больший спрос на свои услуги, тогда как те, кто получает заработную плату или исчисления «с головы», не пользуются спросом. Это влияет на количество посещений врача и диагностические испытания, проводимые для пациента, страдающего от (скажем) боли, характерной для язвы.

В случае стационарного лечения язвы, вид компенсации может повлиять на то, какие услуги будут оказаны на амбулаторной основе, и на длительность пребывания для стационарных больных. Больница, получающая фиксированный размер за лечение данного заболевания, будет иметь больше стимулов освободить койку для следующего пациента, чем больница, финансируемая из общего бюджета.

Литература

1. *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (European Health for All Series, No. 6).
2. BANTA, H.D. ET AL. *Toward rational use of health technology*. New York, Springer and Co., 1981.
3. JAFFE, A. Real effects of academic research. *American economic review*, **79**: 957–970 (1989).
4. WARD, M.R. & DRANOVE, D. The vertical chain of research and development in the pharmaceutical industry. *Economic inquiry*, **33**: 70–87 (1995).
5. KREMER, M. *Creating markets for new vaccines. Part I: rationale*. Cambridge, MS, National Bureau of Economic Research, 2000 (NBER Working Paper 7716). *Learning to live with Health Economics IV*- 55
6. THOMAS, L. *The lives of a cell*. New York, Bantam Books, 1975.
7. MCPHERSON, K. ET AL. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *New England journal of medicine*, **307**: 1310–1314 (1982).
8. NYSTEDT, P. *Economic aspects of ageing*. Lund, Lund University, Department of Economics, 1998 (Lund Economic Studies 80, p. 134).
9. HULL, R.D. ET AL. Cost-effectiveness of clinical diagnosis, venography and non-invasive testing in patients with symptomatic deep-vein thrombosis. *New England journal of medicine*, **304**: 1561–1567 (1981).
10. DRUMMOND, M.F. ET AL. Issues in the cross-national assessment of health technology. *International journal of technology assessment in health care*, **7**(2): 209–219 (1992).

Дополнительная литература

- ARROW, K. Economic welfare and the allocation of resources for invention. In: Arrow, K., ed. *The rate and direction of inventive activity*. Princeton NJ, Princeton University Press, 1962.
- COMANOR, W.S. The political economy of the pharmaceutical industry. *Journal of economic literature*, **24**: 1178–1217 (1986).
- DEBROCK, L.M. Market structure, innovation, and optimal patent life. *Journal of law and economics*, **28**: 223–244 (1985).
- DIMASI, J.M. ET AL. Cost of innovation in the pharmaceutical industry. *Journal of health economics*, **10**: 107–142 (1991).
- GELIJNS, A.C. & HALM, E.A., ED. *The changing economics of medical technology*. Washington, DC: National Academy Press, 1991.
- KITCH, E.W. The nature and function of the patent system. *Journal of law and economics*, **20**: 265–290 (1977).
- LYTTKENS, C.H. Imperatives in health care. Implications for social welfare and medical technology. *Nordic journal of political economy*, **25**: 95–114 (1999).
- PELTZMAN, S. An evaluation of consumer protection regulation. *Journal of political economy*, **81**: 1049–1091 (1973).
- PINDYCK, R. Irreversibility, uncertainty, and investment. *Journal of economic literature*, **29**: 1110–1148 (1991).
- STANKIEWICZ, R. The development of beta blockers at Astra-Hässle and the technological system of the Swedish pharmaceutical industry. In: Carlsson, B., ed. *Technological systems and industrial dynamics*. Boston, MS, Kluwer Academic Publishers, 1995.
- TASSEY, G. *The economics of R&D policy*. Westport, CT, Quorum Books, 1997.
- WEISBROD, B.A. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of economic literature*, **29**: 523–552 (1991).
- WHO TASK FORCE ON HEALTH ECONOMICS. *World Trade Organization: what's in it for WHO?* Geneva, World Health Organization, 1995.

Globalization and access to drugs. Perspectives on the WTO/TRIPS Agreement, 2nd ed (revised). Geneva, World Health Organization, 1999 (Health Economics and Drugs, DAP Series, No. 7).

Globalization, patents, and drugs. An annotated bibliography. Geneva, World Health Organization, 1999 (Health economics and drugs. EDM Series, No. 9).

WU, S.Y. Social and private returns derived from pharmaceutical innovations: some empirical findings. *In*: Lindgren, B., ed. *Pharmaceutical economics*. Malmö, Liber, 1984, pp. 217–254.

ZWEIFEL, P. Technological change in health care: why are opinions so divided? *Managerial and decision economics*, **5**: 177–182 (1984).

ГЛАВА V. ПОЛЕЗНЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

5.1. Введение

5.2. Усилия и их результат

5.2.1. Оценка результатов в здравоохранении

5.2.2. Определение затрат

5.3. Оценка

5.3.1. Экономическая оценка

5.4. Моделирование

5.4.1. Экономическое моделирование и прогнозирование

5.1 ВВЕДЕНИЕ

Заключительная глава учебных материалов предоставляет разделы по четырем полезным инструментам в наборе инструментов экономиста: оценка результата в отношении здоровья, расчет затрат, экономическая оценка и экономическое моделирование и прогнозирование. Эти инструменты относятся к каждой из четырех главных групп потенциальных пользователей учебных материалов *с точки зрения понимания и оценки*. Все они могут помочь извлечь выгоду из знания о том, что доступны такие инструменты, со всеми их сильными сторонами и слабостями, и при надлежащем их использовании. Однако, самые старшие пользователи, и многие из заинтересованных общественных групп, будут стремиться извлечь выгоду из знания о том, что они являются доступными; где, когда, и как они могут лучше всего использоваться; все их сильные стороны и слабости; и широкое мировоззрение, стоящее за ними; тогда как другие две группы потенциальных пользователей могут, кроме того, иметь большую заинтересованность, в более детальных аспектах.

Раздел 5.2.1, написанный покойным Доктором Оливером Санга и Доктором Манфредом Вилднером из Мюнхена, Германия, касается оценки результата в здравоохранении. Это очень важная тема, так как существенно знать, какие последствия следуют, или, вероятно, будут следовать, в результате определенных действий в здравоохранении и других связанных со здоровьем системах. Например, недостаточные ресурсы не могут быть эффективно ассигнованы, если эта информация не доступна для лиц, принимающих решение (на всех уровнях). Также не могут быть приняты надлежащие решения в отношении преследования справедливых целей. В последние годы проявлялся все более возрастающий интерес к информации о результатах в отношении здоровья со стороны пациентов, поставщиков, плательщиков и разработчиков политики, и он, по-видимому, может еще более возрасти в будущем. Авторы подчеркивают, что важно проводить различие между действенностью, эффективностью и результативностью. Также следует провести важное различие между связанными с процессом величинами, не относящимися к здоровью и результатами в отношении здоровья. Они признают, что здравоохранение является многомерной конструкцией, что на индивидуальное и коллективное здравоохранение можно смотреть отдельно, и что здравоохранение является только одним среди множества детерминантов здоровья. Они идентифицируют шесть главных областей результатов в отношении здоровья: болезнь (заболеваемость), смерть (смертность), дискомфорт, инвалидность (ограничения в функционировании), доллары (затраты) и неудовлетворенность (предпочтение и удовлетворенность медицинским обслуживанием). Очевидно, соответствующее измерение состояния здоровья требует использования стандартизированных инструментов с доказанными психометрическими свойствами, из которых особенно следует выделить корректность, надежность и чувствительность. Ценности также имеют большое значение, и раздел утверждает, что цели оценки результатов в отношении здоровья "основаны на справедливости и равенстве,

качестве медицинского обслуживания, выборе и автономии пациента и живом отклике на запросы пациентов". С этой позиции, ясно выраженные права на здоровье участников системы здравоохранения, включая пациентов и ухаживающий за ними персонал, будут играть все возрастающую роль в будущем. Этот вопрос был обсужден далее в Разделе 4.4.2.

Раздел 5.2.2, касающийся определения затрат, был подготовлен Профессором Крис Селби Смит из Университета Монаш в Австралии. Так как ресурсы недостаточны, отсутствует возможность привести все результаты, которые могли бы представляться желательными. Таким образом, должен быть сделан выбор; а стоимость альтернативных курсов действия свойственна большинству принятий решения в здравоохранении (также нужно рассмотреть и последствия). Для экономистов, затраты относятся к возможностям, неизбежным в другом месте, потому что ресурсы используются для этой определенной цели. Таким образом, затраты являются более обширными, чем одни финансовые расходы. Следует особенно рассмотреть другие ресурсы, если их альтернативные издержки не отражены адекватно в рыночных ценах. Примеры включают добровольные взносы; затраты времени, использованные на пациентов и ухаживающий за ними персонал; и услуги, оказанные в соответствии с религиозными заказами. Общие затраты важны; они могут рассматриваться с различных точек зрения, таких как источники или типы затрат, или распределение общих затрат. Изменение распределения данных общих затрат среди различных сторон до полного решения по распределению ресурсов может изменить стимулы, связанные с ними, и, следовательно, действия, которые они предпринимают. Так как информацию по затратам, в которой нуждаются экономисты, часто трудно получить, можно с пользой выделить в исследованиях по определению затрат их идентификацию, измерение и оценку. Часто трудность этих трех стадий последовательно возрастает в этом ряду. Раздел подчеркивает, что целью сбора и анализа стоимостных оценок состоит в том, чтобы внести свой вклад в улучшенное принятие решения. Есть много целей, в отношении которых информация по затратам является существенной; и определенная требуемая информация по затратам может быть определена только в отношении определенных целей лица, принимающего решение. В то время как информация по затратам является не единственной требуемой величиной на входе, наиболее вероятно, что высококачественное принятие решения будет иметь место, когда будет доступна адекватная информация по затратам. В разделе также отмечено, что может быть предпринят анализ затрат и может быть представлена информация по затратам способами, которые являются более или менее полезными для лиц, принимающих решение.

Раздел 5.3.1, по экономической оценке в здоровье и здравоохранении (как в теории, так и в практике), был подготовлен Профессором Майклом Друммондом Йоркского Университета в Великобритании. Все возрастающее давление на бюджеты здравоохранения привело к тому, чтобы лица, принимающие решение повсеместно в европейском регионе ВОЗ, искали методы оценки соотношения цены и качества применительно к различным курсам лечения и программам в здравоохранении. При экономической оценке, программы сравниваются с точки зрения их затрат и их последствий, таких как улучшение результатов в отношении здоровья и сбережение ресурсов здравоохранения. Существуют различные формы экономической оценки, такие как анализ минимизации затрат, анализ эффективности затрат, анализ выгодности затрат и анализ полезности затрат. Все они включают анализ затрат, который подчеркивает значение факторов, которые рассмотрены в предыдущем разделе. Для всех групп потенциальных пользователей этих учебных материалов важно понять ключевые методологические принципы, которые использованы в подходах экономической оценки, и оценить, как они применены (или неправильно употреблены) в определенных исследованиях, которых они касаются. Эти принципы включают рассмотрение адекватного диапазона альтернатив, использование надлежащего свидетельства

эффективности и допуска на неопределенность в оценках затрат и выгод. Раздел включает полезный перечень вопросов, которые надлежит принять во внимание при рассмотрении экономической оценки (или рассматривая, следует ли из принимать во внимание). Экономические оценки имеют диапазон, использований в здравоохранении и связанных действиях. Например, они могут использоваться, обычно совместно с другой политикой, для поощрения рационального распространения и использования технологий здоровья, включая планирование средств обслуживания специалистами, реформирование схем оплаты учреждений или профессионалов здравоохранения и разработки руководящих принципов практики здравоохранения. Экономические оценки могут использоваться также для того, чтобы оценить направленные на улучшение здоровья меры в различных секторах экономики, включая дорожную безопасность, защиту окружающей среды и профессиональное здоровье. Для многих из потенциальных пользователей этих учебных материалов способ мышления может быть, вероятно, по крайней мере столь же ценным, как подробные аргументы о затратах и выгодах, риске и неопределенности, а также дистрибутивных предпосылок сравниваемых альтернатив. Однако, метод, которым проводятся исследования, и которым производятся отчеты по исследованиям, может внести свой вклад в то, чтобы сделать их более или менее полезными для лиц, принимающих решение в каком-либо другом месте (например, отдельное сообщение о ценах и количествах, а не только полные расходы).

Раздел 5.4.1, написанный профессором Райнером Лайдлом из Университета Ульм в Германии, рассматривает экономическое моделирование и прогнозирование. Экономические модели - это полезный инструмент для поддержки принятия решения и развития политики, так как прозрачные модели могут структурировать проблемы, сделать явными используемые предположения и исследовать последствия, подразумеваемые конкретными решениями. Объяснение, предсказание и моделирование – вот главные общие цели экономических моделей. Раздел содержит таблицу, в которой перечислены восемь пунктов, подлежащие проверке лицами, принимающими решение, рассматривающими подходы моделирования. Они важны, так как модели - это инструменты, которые должны быть должным образом реализованы и соответственно использованы: " требуется методологическая экспертиза, экспертиза в исследованной проблеме здоровья и экспертиза в отношении того, как поддерживать решения по результатам." Однако, пока эти предварительные условия удовлетворяются, модели могут значительно улучшить доступную информацию и поддержать принятие решения прозрачным и рациональным способом. Оставшаяся часть раздела, признавая, что существует много различных проблем и много различных типов моделей, рассматривает три главных подхода: модель дерева решений, сценарный анализ и моделирование болезней, а также эконометрические модели. Этот раздел потенциально ценен для каждой группы пользователей, предусмотренных для учебных материалов, но детализированное знание различных подходов, вероятно, будет особенно полезно для менеджеров и работников здравоохранения. Самые ответственные принимающие решения лица, а также члены различных заинтересованных групп, наиболее вероятно, могут захотеть узнать, что они доступны, со всеми их сильными сторонами и слабостями, там, где они, вероятно, будут полезны, и как они могут быть, соответственно, включены в более широкие процессы принятия решения. В этом смысле раздел типичен среди многих других, включенных в эти учебные материалы.

5.2 УСИЛИЯ И ИХ РЕЗУЛЬТАТ

5.2.1 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Оливер Санга и Манфред Вилднер¹²

Ключевые сообщения

- В последние годы имеет место все увеличивающийся интерес к информации о результатах в отношении здоровья со стороны пациентов, поставщиков, плательщиков и высших должностных лиц.
- целью здравоохранения является защита, улучшение и сохранение здоровья людей. Это требует стандартизированной оценки как морфологии, так и функционирования органов, а также состояния здоровья.
- Чтобы понимать концепции оценки результатов в отношении здоровья, важно различать результативность, действенность и эффективность. Также важно различие между связанными с процессом величинами, не связанными со здоровьем, и результатами в отношении здоровья.
- Кроме того, важно признать, что здоровье – это многомерная конструкция, что на индивидуальное и коллективное здоровье можно смотреть отдельно, и что здравоохранение - всего лишь один из многих детерминантов здоровья.
- Цели оценки результатов в отношении здоровья основаны на справедливости и равенстве, качестве медицинского обслуживания, автономии и выборах пациентов и живом отклике на потребности пациентов. Соблюдение явных прав в отношении здоровья, похоже, будет играть все возрастающую роль в будущем.
- Главные области результатов в отношении здоровья включают шесть диагнозов: болезнь (заболеваемость), смерть (смертность), дискомфорт, инвалидность (ограничения в функционировании), доллары (затраты) и неудовлетворенность (предпочтения и удовлетворенность медицинским обслуживанием).
- Измерение состояния здоровья требует использования стандартизированных инструментов с испытанными психометрическими свойствами (корректность, надежность, чувствительность).

Примечания наставников

Этот раздел вводит ценный набор навыков, которые могут быть полезными для всех четырех групп потенциальных пользователей учебных материалов. Экономическое мышление требует рассмотрения затрат в отношении выгод альтернативных курсов действия лицами, принимающими решение на всех уровнях системы здравоохранения, и в связанных областях, которые затрагивают здоровье. Это не может быть достигнуто без внимания к последствиям, благоприятным или неблагоприятным, от вмешательств в здоровье или их отсутствия. Точно так же рассмотрение аспектов справедливости здравоохранения, здоровья и благосостояния требует, чтобы было уделено, как минимум, небольшое внимание к мерам, направленным на достижение соответствующих результатов.

Раздел предоставляет ценное введение в эту тему, включая обсуждение:

- концептуальной структуры и теоретических концепций
- целей, ради которых предпринята оценка результата в отношении здоровья
- различных методов и инструментов оценки результата в отношении здоровья
- критериев выбора конкретных инструментов.

¹² Этот раздел был подготовлен доктором Манфредом Вилднером из Баварского Центра Исследования Здравоохранения, Университет LM Мюнхена, Германия (электронная почта: wil@ibe.med.uni-muenchen.de) и покойным доктором Оливером Санга, бывшим Руководителем Исследовательского Подразделения в Центре.

Различные группы потенциальных пользователей учебных материалов могли бы использовать этот раздел в своих отдельных группах. Если так, занимающие высшие политические и бюрократические посты участники, и члены различных заинтересованных общественных групп, вероятно, захотят более общего подхода, в то время как две другие группы могут предпочесть более детальное обсуждение. Однако, раздел мог бы также использоваться участниками, которые выходят за границы различных групп пользователей, как в действительности, так и принимая определенные роли в контексте опыта изучения.

Первое упражнение нацелено на уровень *оценки*. Оно может использоваться отдельными (или смешанными) группами:

- высшими чиновниками на высших политических и бюрократических уровнях в органах здравоохранения и органах, связанных со здоровьем;
- государственные служащие, другой правительственный персонал здравоохранения или других агентств, и подобные лица в органах, таких как неправительственные организации, предоставляющих соответствующие услуги, и добровольных, религиозных и благотворительных организациях;
- менеджеры средств обслуживания здравоохранения, таких как больницы, средства обслуживания пожилых лиц, или районные поликлиники, и менеджерах других организаций здравоохранения и связанных со здоровьем организаций;
- профессионалы здравоохранения, такие как врачи, медсестры, дантисты, фармацевты или терапевты;
- широкий диапазон других заинтересованных общественных групп.

Второе упражнение нацелено на уровень *определения стоимости*. Оно может использоваться с таким же широким диапазоном потенциальных пользователей учебных материалов. Оно может оказаться ценным для занимающих высокие политические и бюрократические посты участников и для членов заинтересованных общественных групп. Однако, менеджеры, профессионалы здравоохранения и пациенты могут больше всего интересоваться деталями в отношении того, где измерение результата в отношении здоровья может быть использовано, как это может лучше всего быть сделано и какие применения это имеет. Первые две группы пользователей могут особенно интересоваться тем, как измерение результата в отношении здоровья может быть связано с обеспечением улучшения здоровья групп, тогда как последние две группы могут более сосредоточиться на результатах в отношении конкретных лиц или маленьких групп (например, их семей или их пациентов).

Введение

Цель этого раздела состоит в том, чтобы представить аналитический обзор различных методологий оценки результата систем здравоохранения в отношении здоровья. Для достижения этой цели, раздел предлагает поддержку, лежащую в двух областях: во-первых, он дает краткий анализ теоретических концепций, которые являются важными для понимания отношений между результатами в отношении здоровья и здравоохранением. Во-вторых, в нем проанализирована взаимосвязь между широкими целями условия здравоохранения и перспективой пациентов.

В последние годы все более возрастает интерес к информации о результатах в отношении здоровья по нескольким причинам. Пациенты требуют информацию, чтобы принять обоснованные решения об их собственном медицинском обслуживании, или медицинском обслуживании их родственников. Провайдеры услуг в области здравоохранения становятся все более ответственными за то, что происходит с пациентами. Врачи и больницы смещают свое внимание на лекарства, зарекомендовавшие себя надежными данными в отношении эффективности и результативности медицинского обслуживания. Наконец, плательщики и разработчики политики должны базировать свои решения об предоставлении услуг в области здравоохранения, страховом покрытии и планировании прибыли на информации о том, как политика могла бы повлиять на результаты в отношении здоровья отдельных пациентов и населения.

Цель здравоохранения состоит в том, чтобы защитить, улучшить и сохранить здоровье людей. Это требует стандартизированной оценки как морфологии, так и функционирования органов, а также состояния здоровья. Традиционно, меры оценки успеха или неудач в отношении здоровья обращались к четырем Диагнозам - смерть, болезнь, инвалидность и дискомфорт (1). В частности, данные по смертности и заболеваемости использовались широко потому, что они были самыми доступными из медицинских отчетов, баз данных больниц или правительственных источников. В то время как смертность, продолжительность жизни или распространенность заболевания предоставляют существенные выводы о здоровье населения, они говорят очень немного о любой другой позиции на континууме дисфункции между прекрасным здоровьем и смертью, или об индивидуальном здоровье.

В последние годы обширные исследования дали возможность провести усовершенствованные измерения состояния здоровья. Кроме того, четыре Диагноза Уайта были дополнены еще двумя Диагнозами: неудовлетворенностью и долларами, чтобы обратиться к удовлетворенности пациентов и эффективности здравоохранения. Кроме того, соблюдение прав пациентов в отношении здравоохранения стало более важным в глобальной дискуссии о результатах в отношении здоровья.

До того, как представить читателю избранные методы и инструментам оценки результата, мы предоставим краткое введение в теоретические понятия и цели оценки результатов в отношении здоровья.

Теоретические понятия

Определение здоровья

Хорошее здоровье считается самой главной ценностью в большинстве обществ. Определение здоровья как операционное и, таким образом, измеримое понятие, тем не менее, было труднодостижимым. Исстари о здоровье думали как о физическом или умственном состоянии, с оценками, сосредотачивающимися на наличии или отсутствии болезней. Отступая от предшествующих определений, Генри Сиджерист заявил в 1941 году, что "... здоровье, следовательно, не просто отсутствие болезни: это - кое-что положительное..." (2). Базируясь на определении Сиджериста, Конституция ВОЗ декларировала в 1947 году, что "Здоровье – это состояние полного физического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или немощи" (3). С тех пор, понятие состояния здоровья включает в себя меры физического, умственного и социального функционирования людей.

В 1977 го Всемирная Ассамблея Здоровья решила, что главной социальной целью правительств и Всемирной Организации Здравоохранения должно быть достижение всеми гражданами мира к 2000 году уровня здоровья, который дал бы им возможность вести социально и экономически производительную жизнь ("здоровье для всех").

Концептуальная структура результатов в отношении здоровья

Моделирование является основанием для того, чтобы понять результаты в отношении здоровья. Все модели результатов в отношении здоровья преимущественно основаны на определении здоровья ВОЗ. ВОЗ сравнивает этиологию и течение (патологию) болезней со следующими тремя уровнями последствий болезни. **Ухудшение** определяется как любая потеря или ненормальность психологической, физиологической или анатомической структуры или функции. Это относится к уровню системы органа или человека. Измененная морфология органа или "повреждение" могут вызвать дисфункцию органа. Ухудшение связано с отклонениями в структуре и внешнем виде тела и функцией органа или системы, происходящих по любой причине. **Инвалидность** – это физическое и психологическое функциональное ограничение, вызванное ухудшением, которое описывается человеком, когда имеет место несоответствие между его или её

функциональной активностью и фактической или воспринимаемой потребностью в выполнении определенной функции. Дефекты отражают влияние инвалидности, и адаптации к ней, на способности человека выполнить социальные роли (например работа, статус родителя) и, таким образом, степень социального дискомфорта, порожденного инвалидностью.

Хотя "результат" часто используется простым и обширным способом, фактически это сложная конструкция, составленная из нескольких независимых измерений. Следовательно, использование "результатов" в множественной форме предназначено для того, чтобы отразить многомерную природу термина.

Мониторинг систем здравоохранения

Результаты в отношении здоровья могут использоваться также для того, чтобы контролировать системы здравоохранения. Системы здравоохранения были описаны как все лица и все действия, первичная цель которых состоит в том, чтобы улучшить здоровье. Эти системы могут быть формально объединены и управляться централизованно, или могут состоять из множества особых услуг, направленных на улучшение, восстановление или поддержание здоровья. Оценка качества этих услуг может быть направлена на их структуру, процессы и результаты. Оценка функционирования систем здравоохранения, поэтому, принимает во внимание меры процесса и структуры, такие как восприимчивость и справедливость финансовых вкладов, в дополнение к результатам в отношении здоровья. Восприимчивость имеет отношение с аспектами, не связанными со здоровьем, и отражает способность системы незамедлительно отвечать на потребности всех пациентов. Справедливые финансовые взносы касаются финансовых рисков семей, которые должны быть распределены по платежеспособности, а не по риску болезни или инвалидности.

Столь же разнообразным, как деятельность систем здравоохранения, является рассмотрение структуры и процесса, их общим **результатом** является "произведение здоровья". Таким образом, простым путем может показаться мониторинг системы здравоохранения, оценивающий полное состояние здоровья, но при этом должно быть отмечено что:

- здоровье является многомерной конструкцией;
- индивидуальное и коллективное здоровье можно рассматривать отдельно друг от друга, и
- здравоохранение – это всего лишь один из многих детерминантов здоровья.

Важность той идеи, что здоровье является многомерной конструкцией, была детализирована выше. Потребность различия между индивидуальным и коллективным здоровьем может быть проиллюстрирована тем парадоксальным фактом, что высококачественное здравоохранение может улучшить здоровье на индивидуальном уровне, в то время как оно в то же самое время увеличивает бремя болезней на уровне всего населения из-за длительного периода жизни в менее, чем совершенном состоянии здоровья. В то время, как человек может оценить свое улучшение здоровья, коллектив испытывает увеличение в преобладании заболеваемости - и наоборот. Кроме того, здоровье населения при определенных обстоятельствах улучшаются за счет, и безотносительно, потребности меньшинства населения, состояние здоровья которого ухудшается. Эти обстоятельства могут быть последствием, например, распределения дорогих услуги, таких как диализ или трансплантации.

Наконец, нужно рассмотреть тот факт, что здоровье является "побочным продуктом" множества действий и детерминантов. Примеры таких разнообразных детерминантов - это более высокий показатель смертности от сердечных заболеваний в холодном климате; взаимодействие между санитарией, климатом и векторным контролем; влияние высоты тела на смертельные случаи, связанные с падением; культурные нормы в отношении состава пищи и пригодности здоровой пищи; влияние общего уровня образования; плотности населения и географической дисперсии инфраструктуры

здравоохранения; обратная связь показателей смертности на дорогах с увеличивающейся плотностью автотранспорта; и влияние законодательства, такого как законы в отношении применения ремня безопасности, или ограничений скорости, и технические стандарты безопасности.

Короче говоря, необходимо проводить различие между связанными с процессом величинами, не относящимися к здоровью, и результатами в отношении здоровья. Что касается состояния здоровья, должна быть произведена многомерная оценка, нужно отличать абсолютное состояние здоровья от относительного улучшения здоровья, связанного с деятельностью системы здравоохранения, и аналогично отличать здоровье отдельных людей от здоровья населения в целом.

Упражнение 1

Обсудите способы, которыми выделяются ресурсы конкурирующим программам здравоохранения в вашей стране. Допуская, что каждая программа должна явным образом привести к определенным выгодам, установите, как бы Вы определили и измерили выгоды в отношении здоровья (результаты). Каждый участник может выбрать определенную перспективу (например, пациента, провайдера, плательщика, разработчика политики).

Цели оценки результатов в отношении здоровья

Действенность, эффективность и результативность

Результаты в отношении здоровья прежде всего используются в контекстах действенности, эффективности и результативности. **Действенность** – это способность деятельности достигнуть ее цели в идеальных или лабораторных условиях. Примером могла бы послужить успешная трансплантация клеток хряща в дефекты на поверхности сустава в специализированном центре. Эта доказанная действенность, однако, не обеспечивает успеха такой процедуры, когда она выполняется менее специализированными хирургами как часть их повседневной практики. **Эффективность**, следовательно, описывает результативность здравоохранения в условиях "нормального" здравоохранения. Чтобы вернуться к нашему примеру, трансплантация клеток хряща может также быть эффективной при этих условиях, когда хирург специальным образом подготовлен и высоко искусен. Однако, это требует выделения специализированного персонала, времени в операционной и наличия культур ткани. **Результативность**, следовательно, сопоставляет улучшение здоровья от деятельности в перспективе с затраченными ресурсами, которые могли бы также использоваться для альтернативной деятельности в отношении здоровья: пациент мог бы вместо этого проходить интенсивную физиотерапию и замену колена в случае постоянных проблем.

Важно отметить, что мерой результата в отношении действенности и эффективности могут быть или традиционные сосредоточенные на враче клинические меры, например, уменьшение боли или улучшение функций, таких как диапазон движения сустава или многомерные движения, или сосредоточенные на пациенте результаты в отношении здоровья. Результативность измеряет и оценивает затраты для получения определенного улучшения здоровья, например, затраты по каждой замене колена, которой удалось избежать. Если запланирован анализ эффективности затрат, сравнивающий альтернативные меры, следует обращать внимание на то, чтобы одинаковый размер эффективности оценивался в отношении конкурирующих мер. Действенность, эффективность и результативность относятся, прежде всего, к естественным единицам успеха, как они понимаются в клинической практике, например, уменьшение боли или улучшение функции. Это отличается от подхода расчета так называемых "выгод", объединяющего концепции для измерения результата в отношении здоровья для передовых экономических исследований, который дает возможность сравнивать результаты по совершенно различным заболеваниям и методам лечения.

Качество медицинского обслуживания

Оценка результата лечения в больнице - главным образом, выживание - была исторической основой действующих в настоящее время подходов по обеспечению качества медицинского обслуживания. Управление качеством требует, чтобы была обратная связь значимой информации о результате в компоненте оценки цикла "план – осуществление – проверка - оценка". Такая значимая информация может быть простой информацией о выживании, например, после обширной хирургии, или информацией в отношении осложнения или проценте неблагоприятных исходов, таких, как в отношении программ иммунизации или охран материнства. Это может также быть всесторонняя информация в отношении многомерной оценки состояния здоровья, например, в испытаниях по фазе 3 и фазе 4 новых лекарственных препаратов, или в управлении хроническими болезнями. Было продемонстрировано, что сосредоточенный на пациенте подход к оценке результатов в отношении здоровья добавляет оценку на основе клинициста важной и временами весьма отличающейся информацией о результатах. Качество медицинского обслуживания, в конечном счете, определяется опытом пациента в отношении состояния его или её болезни и функциональной ограниченности. Современные многомерные Меры оценки результата являются сосредоточенными на пациенте и хорошо охватывают перспективу пациентов.

Восприимчивость была добавлена к оценке систем, касающихся здоровья, позже. Восприимчивость относится к не имеющим прямого отношения к здоровью аспектам предоставления профилактических услуг, медицинского обслуживания или неличных услуг. Она включает уважение к достоинству человека, конфиденциальность, автономию при выборе вариантов лечения, незамедлительное внимание, качество удобств (например, чистота, пространство, пища), доступ к сетям социальной поддержки и свободный выбор поставщиков услуг. Следовательно, грубость в отношении пациентов, долгое время ожидания, перекрытие доступа к медицинскому обслуживанию, ненужная изоляция или нечувствительность к культурным ценностям причастности, отсутствие выбора и затыкание рта в управляемых системах медицинского обслуживания все вместе отражают слабую восприимчивость со стороны систем здравоохранения. Слабая восприимчивость может привести к низкому количеству потребителей профилактических услуг или вариантов лечения. Поскольку восприимчивость также отражает ожидания, ее оценка может измениться с, например, уровнем образования или социально-экономическим статусом эксперта. Кроме того, системы здравоохранения часто состоят из секторов, например, определяемых вознаграждением за услуги, с тем, чтобы их воспринимаемая восприимчивость могла быть столь же гетерогенной, как и вся система.

Некоторые аспекты восприимчивости, например, длинные очереди к хирургам, охвачены результатами в отношении здоровья, такими как выживание или качество жизни. Другие аспекты, например, уважение человеческого достоинства, требуют специальной оценки, например, анкетных опросов в отношении удовлетворенности или экспертных интервью.

Методы и инструменты оценки результата в отношении здоровья

Заболеваемость и смертность

Возможно, основной мерой результата здравоохранения является смерть. Показатель смертности новорожденных младенцев (смертность новорожденных) или детей, моложе пяти лет (показатель детской смертности) и материнская смертность - это установленные индикаторы качества работы системы здравоохранения. Другие индикаторы – это стандартизированная полная смертность в рамках населения или средняя продолжительность жизни при рождении. Влияние факторов, не связанных со здравоохранением, на эти меры было указано ранее. Время выживания - это часто важный индикатор результата после обширных терапевтических вмешательств, например,

трансплантации органа. Другой подход к смерти как к мерилу результата состоит в том, чтобы подсчитывать потенциальные годы потерянной жизни и суммировать их в отношении населения (устанавливая верхний возрастной предел). Общая сумма потенциальных лет потерянной жизни, таким образом, зависит от средней потери лет жизни и от частоты этих смертельных случаев применительно к населению. Альтернативно, дальнейшая продолжительность жизни может быть вычислена из определенных для населения таблиц периода жизни (ожидаемые в отношении периода годы потерянной жизни), от таблицы жизни группы (ожидаемые годы потерянной жизни группы), или из идеального стандарта (ожидаемые по стандарту годы потерянной жизни).

Однако, последствия многих болезней не адекватно охвачены фокусированием на уменьшенной продолжительности жизни. В частности, хронические болезни, такие как астма, диабет или ревматизм, не могут иметь никакого существенного влияния на продолжительность жизни, будучи значительным бременем как для индивидуального пациента, так и для системы здравоохранения. Традиционно, заболеваемость охватывается врачом как анатомическое или физиологическое **ухудшение**: например как приведенный объем принудительного выдоха, приведенная переносимость глюкозы или диапазон объединенного движения. Если это ухудшение испытывается пациентом как функциональное ограничение, его называют **инвалидностью**, например, неспособность быстро бежать, пребывать без пищи в течение длительных периодов времени или осуществлять ручной труд. Если эта инвалидность сталкивается с социальной ролью, например, профессией, то имеет место **дефект**. Вследствие их разнородности, клинические меры заболеваемости, основанные на органах, вообще говоря, имеют узкое применение в контексте управления определенными болезнями.

Ранней попыткой более широко охватить **результаты, не являющиеся фатальными в отношении здоровья**, была разработка продолжительности жизни, скорректированной на ее качество (ПЖСК). Этот метод определяет меры веса между 1,0 (прекрасное здоровье) и 0,0 (близко к смерти) для различных уровней состояния здоровья и подводит итог ПЖСК, умножая время, проведенное в каждом состоянии, на соответствующий вес. Часто используется дополнительная критерий веса возраста, придавая более низкие веса годам старости. Мюррей и др. разработали понятие скорректированных на инвалидность лет жизни (СИЛЖ) как объединяющее понятие для количественного определения бремени болезни в рамках населения (4). Фокусирование на инвалидности, в большей степени, чем на социально выстроенном дефекте, должен обеспечить сравнимость подобных условий. Эта критерий состояния здоровья на основе времени стремится охватить и потерю лет жизни, и потерю качества лет жизни, включая не фатальные результаты в отношении здоровья. Кроме того, она стремится предоставить объединяющую меру для анализа экономической эффективности. Двадцать два индикаторных диагноза были избраны в качестве ссылки для вычисления полезности, которые обесцениваются в течение будущих лет жизни в соответствии с экономической теорией. Учет возраста дает самые высокие прибавки по весу годам молодого совершеннолетнего возраста. Обсуждение необходимых особенностей меры, подлежащей квалификации в качестве полезности – независимость полезности, постоянный пропорциональный нейтралитет компромисса и риска – выходит за пределы возможностей этого вводного текста.

Состояние здоровья и связанное со здоровьем качество жизни

Общепринятые показатели состояния здоровья включают физическое, социальное, и эмоциональное функционирование. Могут использоваться два класса мер оценки результатов в отношении здоровья: родовые, то есть характерные для класса меры, и меры, установленные для конкретных условий. Среди родовых инструментов проведено дальнейшее различие между профилем здоровья и мерами обслуживания. **Меры профиля здоровья** – это инструменты, которые предназначены для измерения всех

важных аспектов состояния здоровья или связанного со здоровьем качества жизни. **Меры полезности** следуют из экономической теории и теории принятия решения. Они отражают предпочтения пациентов в отношении различного состояния здоровья. Главный элемент мер полезности - это то, что они объединяют меры полезности и устанавливают связь состояния здоровья со смертью. Следствия мер полезности часто используются в качестве результатов в анализе «полезность – затраты».

В соответствии с определением здоровья ВОЗ, **родовые инструменты состояния здоровья** измеряют многочисленные аспекты здоровья, включая физическую функцию, социальную функцию и боль. Они являются подходящими для того, чтобы сравнить состояние здоровья в как следствие многочисленных болезней или ценность конкурирующих клинических программ. Родовые инструменты состояния здоровья полезны при оценке предметов с многочисленными хроническими условиями, так как они могут обнаружить изменения, являющиеся результатом функционирования различных систем органов. Это особенно интересно, когда вмешательства могут иметь (неблагоприятные) воздействия на несколько систем органов.

Широко используемые представители родовых мер состояния здоровья включают Профиль Воздействия на Болезнь (ПВБ), Индекс Качество Здоровья (ИКЗ), Профиль Ноттингемского Здоровья (ПНЗ), Оценка Качества Жизни ВОЗ (ВОЗКЖ), Качество Жизни Евро (КЖЕ)-5D, Индекс Полезности Здоровья (ИПЗ) и Краткая Форма 36 (КФ 36).

Профиль Воздействия Болезни (ПВБ) (5) - широко используемый общий инструмент состояния здоровья, содержащий 136 пунктов, содержащих ответы «истинно или ложно». Количество баллов использует предварительно определенные веса, основанные на групповых оценках в отношении серьезности дисфункции. Категории способности передвигаться, ухода за телом и подвижности соединены в физическое измерение, а четыре категории эмоционального поведения, социального взаимодействия, поведения настороженности и коммуникации соединены в психосоциальное измерение. Оставшиеся категории – это работа, сон и отдых, еда, управление домашним хозяйством, а также отдых и времяпрепровождение.

Индекс Качества Здоровья (ИКЗ), и его более ранняя версия **Индекс Здоровья (6)**, оценивает подвижность, физическую деятельность и социальную деятельность. Интервьюер спрашивает о том, что пациент сделал из-за болезни в течение предыдущих шести дней. Подсчет баллов в отношении определенных функций основан на весах предпочтений, полученных у нормального населения.

Профиль Ноттингемского Здоровья (ПНЗ) (7), и его предшественник **Индекс Ноттингемского Здоровья (НИ) (8)**, оценивает воспринятое физическое, социальное и эмоциональное здоровье с 38 пунктами, содержащими ответы «да/нет». Он использует суммированные баллы из суждений групп о серьезности отдельных пунктов. ПНЗ охватывает физическую подвижность, боль, эмоциональную реакцию, уровень энергии, сон и социальную изоляцию, и может представить баллы, характерные для данной проблемы.

Оценка Качества Жизни ВОЗ (ВОЗКЖ)-100 (9) содержит 100 вопросов, охватывающих шесть широких областей качества жизни, в рамках которых охвачены 24 аспекта. Эти шесть областей включают физическое здоровье, психологическое здоровье, уровень независимости, социальные отношения, окружающую среду и духовность/религиозность/личные верования. В отношении каждого аспекта включены четыре пункта, а также имеются четыре общих пункта, охватывающих субъективное общее качество жизни и здоровье, что образует в этой оценке в общей сложности 100 пунктов. Имеется много переводов на иностранные языки, включая хорватский, нидерландский, английский, французский, немецкий, иврит, хинди, итальянский, японский, русский, шона, испанский, тамильский и тайский языки.

ВОЗКЖ - облегченный вариант содержит 26 пунктов, 2 - из Полного Качества Жизни и Общего Здоровья, и 1 пункт из каждого из оставшихся 24 аспектов, включенных в

ВОЗКЖ-100. ВОЗКЖ -облегченный вариант ведет подсчет по четырем главным областям: физической, психологической, социальным отношениям и окружающей среде.

Качество Жизни Евро (КЖЕ)-5D (10) - это критерий состояния здоровья для использования при оценке здоровья и здравоохранения. Она предоставляет простой описательный профиль и производит единственное значение показателя в отношении состояния здоровья, в котором полному здоровью приписано значение 1, а смерти - значение 0. КЖЕ-5D был разработан специально для того, чтобы служить дополнением к другим мерам оценки состояния здоровья, таким как КФ 36, ПНЗ, ПВБ или свойственным данным условиям мерам. КЖЕ-5D охватывает следующие пять областей: подвижность, самопомощь, привычная активность, боль/дискомфорт и беспокойство/депрессия. Комбинируя различные уровни из каждой области, КЖЕ-5D определяет в общей сложности 243 состояния здоровья. Они могут быть преобразованы в подсчет баллов с использованием наборов величин, полученных из образцов общего населения.

КЖЕ-5D был переведен на несколько языков, включая Африкаанс, каталанский, хорватский, чешский, датский, нидерландский, английский, финский, французский, немецкий, венгерский, итальянский, японский, норвежский, польский, португальский, испанский, шведский и турецкий языки.

Индекс Полезности Здоровья (ИПЗ) (11,12) – эта система служит для того, чтобы измерять состояние здоровья и связанное со здоровьем качество жизни, и создавать множество по баллам, характеризующим полезность. Она является родовой, суммирующей предпочтения и всесторонней, основанной на явно выраженной концептуальной структуре состояния здоровья и связанного со здоровьем качества жизни. Применения ИПЗ требуют, чтобы собирались данные для того, чтобы классифицировать состояние здоровья каждого предмета в данный момент времени, основываясь на самостоятельно заполненных или управляемых интервьюером инструментах, или в формате самооценки, или в формате оценки доверенного лица. Документация ИПЗ включает систему классификации состояния здоровья и формулу для вычисления (по одному или множеству признаков) сумму баллов в отношении полезности, которая по версии Марка 3 ИПЗ определяет 972 000 уникальных состояний здоровья (для сравнения; Марк 2 марки описывает 24 000 состояния), которые основываются на восьми признаках (зрение, слух, речь, способность передвигаться, ловкость, эмоция, когнитивная способность и боль) с пятью - шестью уровнями в каждом.

К концу 2000 года более чем 300 исследователей использовали ИПЗ в обширных в своем разнообразии исследованиях в более чем 20 странах по всему миру, и с использованием ИПЗ было оценено более 200 000 субъектов.

Краткая Форма Изучения Медицинского Результата 36 (КФ 36) (13) происходит из большого блока вопросов, управляемых в Изучении Медицинских Результатов. КФ 36 включает восемь шкал, содержащих 2 - 10 пунктов каждый, и один пункт для оценки перехода здоровья. Эти шкалы охватывают показатели физического здоровья, умственного здоровья, социального функционирования, ролевого функционирования, общего здоровья и живучести. Формы охватывают неделю или месяц. Использование подшкал поощряется, и ими можно управлять как самостоятельно, так и они могут управляться интервьюером. КФ 36 – это наиболее широко используемый общий инструмент оценки состояния здоровья, который переведен на многие языки.

КФ 36 дает возможность вести подсчет баллов по восьми подшкалам и составить две итоговые шкалы: итоговую шкалу по физической составляющей и итоговую шкалу по умственной составляющей. Дальнейшая оценка этих двух итоговых шкал дает основания для построения инструмента, который намного короче, чем КФ 36 (14). Эта краткая форма, КФ 12, использует 12 пунктов из КФ 36, и демонстрирует удовлетворительную воспроизводимость итоговых шкал физической и умственной составляющих. КФ 12, вероятно, будет достаточно хорошо работать для мониторинга общего населения; но она,

однако, не дает возможность производить подсчет баллов по отдельным подшкалам КФ 36, таким как физическая боль или социальное функционирование.

Приспособленные к болезни инструменты полезны для того, чтобы измерять клинически важные изменения, вызванные проведенными курсами медицинского лечения. Так как эти инструменты включают элементы, присущие конкретной болезни, они обычно более чувствительны к незначительным улучшениям состояния здоровья. Приспособленные к болезни инструменты доступны для многих различных болезней и недугов. Существует принципиально два типа как приспособленных к условиям мер: (i) меры, которые сосредотачиваются на клинических признаках, симптомах и тестах, и (ii) меры, которые охватывают воздействие болезни или проблемы на пациента.

Всестороннюю совокупность приспособленных к определенному состоянию здоровья мер можно найти в литературе (15-18) или в Интернете (<http://www.PDJKeds.ac.uk/nuffield/infoservices/UKCH/home.html>, полученный доступ 6 ноября 2002 года).

Измерение удовлетворенности здравоохранением

За прошлое десятилетие применимость удовлетворенности пациентов в качестве меры результативности здравоохранения значительно возросла. В основном, удовлетворенности пациентов считается индикатором качества медицинского обслуживания. Кроме того, удовлетворенности используется с тем, чтобы оценить результаты оказания медицинской помощи на многих уровнях, например, система здравоохранения, организационный (больницы, организация поддержания здоровья, амбулаторное обслуживание, и т.д.), единицы обслуживания (лаборатория, радиология, и т.д.) и личность (врач, медсестра, терапевт, и т.д.). Эмпирическое исследование в отношении удовлетворенности пациентов продемонстрировало различные проблемы, включая нижеследующие: (i) нехватка концептуальных или теоретических моделей детерминантов удовлетворенности пациентов, (ii) методологические сомнения и отсутствие стандартизированных подходов к оценке, (iii) малое число исследований, которые сравнивают медицинское обслуживание в диапазоне заданных параметров, и (iv) отсутствие согласованности между медицинской профессией и определяющими политику чиновниками по вопросу о том, какую роль должна играть удовлетворенность пациентов.

Удовлетворенность пациентов может быть адресована к многочисленным аспектам медицинского обслуживания. Величины, которые оцениваются наиболее часто, включают в себя:

- межличностные аспекты медицинского обслуживания (то, что пациенты чувствуют в отношении тех, кто предоставляет им медицинское обслуживание),
- доступность, наличие и удобство медицинского обслуживания
- непрерывность медицинского обслуживания
- физические установки
- техническое качество медицинского обслуживания
- эффективность
- финансовые аспекты (затраты).

Результаты оценок удовлетворенности пациентов зависят от избранного метода измерения (например, обзоры, интервью, фокусные группы). Были выражены контрастирующие мнения в отношении соответствующих мер удовлетворенности пациентов. Хотя существует немного критериев, сравнительный исследования различных методов/инструментов для утверждения этих критериев редки.

Экономические результаты

Экономические результаты не могут быть легко сведены к расходам на вмешательство в здоровье на различных уровнях предоставления медицинского

обслуживания. С другой стороны, такие цифры используются наиболее часто, так как они с готовностью предоставляются провайдерами, плательщиками или правительственными источниками. В прошлом в качестве критерия состояния здоровья использовалось употребление медицинского обслуживания. Однако, его трудно интерпретировать как критерий здоровья из-за различий в доступе к медицинскому обслуживанию и других факторов, связанных с использованием населением медицинского обслуживания. Культурные и экономические факторы в отношении рассматриваемого населения могут еще более исказить отношения между информацией по употреблению и здоровьем.

Экономические результаты, независимо от того, отражают ли они денежную стоимость последствий в отношении здоровья или интегрированные критерии состояния здоровья и предпочтений пациентов (например, скорректированные по качеству годы жизни), являются основным предметом различных методов экономических оценок. Все методы экономической оценки имеют тот общий момент, что они исследуют один или более возможных вмешательств и сравнивают ресурсы, необходимые для выполнения такие вмешательства (данные на входе), с их последствиями или результатами (результат). Различные методы экономической оценки - анализ минимизации затрат, анализ эффективности затрат, анализ «затраты – полезность» и анализ «затраты – выгода» отличаются методом, посредством которого они анализируют и оценивают данные на входе и последствия. Хотя все они оценивают данные на входе и последствия, следуя одному и тому же подходу - (i) идентификация данных на входе и последствий, (ii) измерение их с использованием соответствующих физических единиц, и (iii) их оценка - с трудностями можно столкнуться повсеместно в этих трех фазах. Некоторые вмешательства здравоохранения имеют скрытые или неизвестные затраты. Не все данные на входе и последствия могут быть оценены в соответствующих физических единицах (например, некоторые вмешательства имеют неосознаваемые последствия, такие как уменьшение боли или улучшение физической функции).

Оценка данных на входе и последствий - самый трудный аспект проведения экономических оценок. Это происходит вследствие того, что единственные легко доступные критерии стоимости и цен существуют только на истинных рынках, и они охватывают только меньшую часть данных на входе и последствий в отношении здоровья.

Выбор инструментов оценки результата

В целом, должны использоваться только те инструменты с демонстрируемыми психометрическими свойствами, которые были опубликованы. Признаки любого количественного критерия - это корректность, надежность, восприимчивость и практическая полезность.

Корректность относится к тому, измеряет ли инструмент то, что предполагается измерить. В идеале, критерий можно было сравнивать со стандартом, например, сравнивая подозрительный узелок на рентгеновском снимке груди с биопсией, показывающей рак (корректность критерия).

В отношении состояния здоровья не существует никакой ссылки или стандарта, чтобы судить о корректности конкретного инструмента. Вместо этого оценка делается до той степени, до которой критерий является совместимым с теоретическим понятием (конструкцией) в отношении рассматриваемого явления (корректность конструкции). Номинальная корректность (она «выглядит так», что она измеряет то, что предполагается измерить), и контентная корректность (она представляет область интереса) – это другие методы для усиления корректности конструкции.

Надежность - это степень, до которой измерение приводит к тому же результату при многократном проведении анкетного опроса при тех же обстоятельствах (воспроизводимость). Если данные инструмента состояния здоровья имеет небольшую случайную ошибку, они считаются надежными.

Корректность и надежность - это минимальные критерии для того, чтобы дифференцировать людей в один момент времени. Однако, при его использовании для оценки изменений во времени, инструмент должен быть в состоянии охватить клинически значащие изменения. Чувствительность обозначает способность критерия показать любое изменение, независимо от того, является ли оно значимым, или нет.

Восприимчивость, с другой стороны, - это способность показать изменение, которое является клинически значимым для пациента и/или врача. **Восприимчивость** меры оценки - это критерий, который, в конечном счете, определяет полноценность любой меры оценки результата при оценке хронических условий, но это наименее установленный для инструментов оценки состояния здоровья критерий измерения.

Наконец, для данных заданных параметров подлежит оценке **практическая полезность** инструмента оценки состояния здоровья.

При практических и исследовательских применениях, время, требуемое для заполнения анкеты при опросе, не должно превышать 10-15 минут с тем, чтобы обеспечить соответствие. Обычно, анкеты, которые заполняются самостоятельно, более практичны, чем инструменты, требующие подготовленного интервьюера. Однако, в случае относящегося к разным культурам населения, или там, где уровни грамотности различны, стандартизированное интервью может оказаться единственным способом получения надежной информации.

Строго говоря, корректность и надежность инструмента - это особенности инструмента в отношении определенного населения, и они должны быть пересмотрены для другого населения. Это не всегда может оказаться возможным, но, по крайней мере, отдельные пункты должны быть тщательно рассмотрены с тем, чтобы оценить номинальную корректность и удостовериться в том, что включены все уместные результаты и потенциальные неблагоприятные последствия. Масштаб должен охватывать диапазон серьезности и величины ожидаемых изменений. Небольшой опытный образец в отношении лиц, которые являются представителями тех, кто подлежит изучению, может быть чрезвычайно информативным.

Упражнение 2

Вообразите, что Вас попросили оценить влияние определенного вмешательства политики в отношении здоровья (например, проведение медицинского освидетельствования общего состояния здоровья, лица в возрасте 40 лет, покрытого медицинским страхованием). Определите соответствующие Меры оценки результата на уровне пациента, провайдера и принимающего решения лица, что дало бы Вам возможность сделать вывод, выгодно ли такое вмешательство, или нет. Попробуйте реализовать стратегию оценки, которая позволит Вам делать выводы в отношении краткосрочного и долгосрочного влияния.

"Затраты" и "выгоды" оценки результатов в отношении здоровья

Одна из основных задач определяющих политику в отношении здоровья чиновников состоит в том, чтобы решить, как перевести расходы на здоровье в наибольшую выгоду. Лица, принимающие решение, все более задаются вопросом, чтобы все дополнительные расходы были оправданы согласно ожидаемым результатам. С другой стороны, большинство стран всего лишь применило явные критерии, чтобы установить стандартизированный набор критериев результата в отношении здоровья и методике оценки. Оценка результатов на более широком уровне, с использованием заболеваемости и смертности - хотя она часто доступна из национальных источников данных - часто является нечувствительной для измерения влияния определенных вмешательств в здоровье, особенно тех, которые направлены на улучшение физического, умственного и социального функционирования. Напротив, меры, охватывающие многочисленные области здоровья, такие как родовые или определенные для конкретных

условий меры, требуют существенных ресурсов при их применении в большем масштабе. Это определенно сдержало широкое распространение таких мер. Кроме того, до сих пор не существовало большого количества эмпирических подтверждений об истинной выгоде использования информации о состоянии здоровья населения при принятии решения о политике в области здоровья. Однако, эта ситуация изменится, когда станет доступным больше данных. Несколько стран ввели меры состояния здоровья (такие, как КФ 36 или КФ 12) в национальные или региональные обзоры здоровья, основанные на населении, а все увеличивающееся число провайдеров здравоохранения применяет сосредоточенные на пациенте меры оценки результата, чтобы контролировать здоровье своих пациентов.

Большинство многомерных мер оценки состояния здоровья предоставляет различные способы анализа, например, оценки на уровне связанных со здоровьем областей, или суммирование в глобальное множество, которое отражает физическое или умственное здоровье. Суммированные меры, однако, могут скрыть лежащую в их основе действительность (например, определенные аспекты здоровья, для которых предназначалось конкретное действие). Следовательно, выбор меры оценки результата должен быть основан на явном понимании того, что предполагается измерять и зачем. Меры оценки результата могут быть как родовые, так и определенные для данной проблемы. Родовые меры полезны для рассмотрения проблем политики или отражения глубинного воздействия медицинского обслуживания на состояние здоровья или аспекты качества жизни.

Оценка состояния здоровья и сосредоточенных на пациенте результатов - на уровне отдельной личности или на уровне населения - является непрерывным усилием. Некоторые результаты (например, удовлетворение медицинским обслуживанием) очень чувствительны к действиям политики, в то время как другие требуют времени для достижения существенных изменений (таких, как физическое функционирование). Так как большинство мер оценки состояния здоровья и качества жизни отражают определенное "окно времени" (например, в прошлом месяце), необходимо осуществить несколько измерений, чтобы отследить влияние конкретного вмешательства. Это действительно непрактично на популяционном уровне (например, с использованием крупномасштабных обзоров), но управляемо на уровне провайдера. Проблемой является соединить эту информацию в большие базы данных с тем, чтобы сделать ее полезным для политики и лиц, принимающих решение.

Как только информация о состоянии здоровья станет доступной, необходимо направить потенциальных пользователей в ее интерпретации. Стратифицированный анализ даст возможность более близко рассмотреть определенные группы населения, а графические изображения могут быть полезным инструментом для отслеживания продольных данных и достижения предварительно установленных целей состояния здоровья. Пользователи должны также быть образованы в величине изменений в состоянии здоровья, которые могли бы быть достигнуты определенными действиями. В то время как 5%-ое улучшение физического функционирования могло бы оказаться небольшим для отдельного лица, оно является существенным изменением на популяционном уровне.

Последствия

Чтобы оценивать результаты в здравоохранении, необходимо сделать различие между результатами в отношении относящимися к процессу величинами, несвязанными со здоровьем, и результатами в отношении здоровья. Чтобы оценивать состояние здоровья, должна быть выполнена многомерная оценка, абсолютное состояние здоровья нужно отличать от выгоды в отношении здоровья, связанной с действиями системы здравоохранения, а здоровье отдельных личностей, аналогично, отличать от здоровья населения.

В целом, инструменты измерения, как в отношении здоровья, так и в отношении результатов, не связанных со здоровьем, должны быть стандартизированы, надежны, корректны и восприимчивы.

Результаты в отношении состояния здоровья и качества жизни должны стать обычными при измерении выгод от расходов на здравоохранение и при оценке структуры и процесса предоставления медицинского обслуживания.

Ссылки

1. УАЙТ К. Л. и ДР. Экология медицинского обслуживания. *Журнал медицины Новой Англии*, **265**: 885—892 (1961).
2. СИГЕРИСТ, Н. Е. *Медицина и человеческое благополучие*. Нью-Хейвен, Издательство Йельского Университета, 1941.
3. *Конституция Всемирной Организации Здравоохранения*, Женева, Всемирная Организация Здравоохранения, 1985.
4. МЮРРЕЙ, К. Дж. Л. и ЛОПЕС, А. Д. *Глобальное бремя болезни*. Бостон, Гарвардская Школа Здравоохранения, 1996.
5. БЕРГНЕР, М. и ДР. Профиль Воздействия Болезни: утверждение меры состояния здоровья. *Медицинское обслуживание*, 14: 57-67 (1976).
6. КАПЛАН, Р. М. и ДР. Состояние здоровья: типы корректности для индекса благосостояния. *Исследование медицинского обслуживания*, 1: 478-507 (1976).
7. МАКДАУЭЛЛ, И. М. и ДР. Метод самооценки до или после операций по замене бедра. *Британский медицинский журнал*, 2: 857-859 (1978).
8. ХАНТ, С. М., и ДР. Измерение состояния здоровья: новый инструмент для клиницистов и эпидемиологов. *Журнал Королевского Колледжа Терапевтов*, 35: 185-188 (1985).
9. ГРУППА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОЗ. Оценка качества жизни Всемирной Организацией здравоохранения (ВОЗКЖ): разработка и общие психометрические свойства. *Социология и медицина*, 46: 1569-1585 (1998).
10. ЧАРРО, Ф.Т.Д. и РАБИН, Р. КЖЕ-5D от Группы ЕвроКЖ: обновление. *Информационный бюллетень качества жизни*, **22**: 3-4 (1999).
11. ФИНИ, Д. и ДР. Индекс Полезности Здоровья: обновление. *Информационный бюллетень качества жизни*, **22**: 8-9 (1999) (воспроизведенный в <http://www.healthutilities.com/update.htm>, полученный доступ 2 декабря 2002 года).
12. ТОРРАНС, Дж. В. и ДР. Многофакторная функция полезности для системы всесторонней классификации состояния здоровья: Индекс Полезности Здоровья Марка 2. *Медицинское обслуживание*, **34 (7)**: 702-722 (1996).
13. УЭЙР, Дж. Е. Младший и ШЕРБУРН, К. Д. Краткая форма обзора здоровья МОП из 36 пунктов (КФ 36). Концептуальная структура и выбор пунктов. *Медицинское обслуживание*, 30: 473-483 (1992).
14. УЭЙР, Дж. Е. и ДР. *КФ 12: Как подсчитывать баллы по суммарным шкалам Физического и Умственного здоровья КФ-12*. Бостон, МА, Институт Здоровья, Медицинский Центр Новой Англии, 1995.
15. БОУЛИНГ, А. *Измерение здоровья: обзор шкал измерения качества жизни*. Милтон Кейнс, Издательство Открытого Университета, 1991.
16. БОУЛИНГ, А. *Измерение болезни*. Милтон Кейнс, Издательство Открытого Университета, 1995.
17. МАКДАУЭЛЛ, И. М. и НЬЮЕЛЛ, С. *Измерение здоровья: справочник для оценки шкал и анкетных опросов*. Оксфорд, Пресса Оксфордского университета, 1996.
18. СПИЛКЕР, В. *Качество жизни и фармакоэкономика в клинических испытаниях*. Филадельфия, Нью-Йорк, Липпинкотт-Рэйвен, 1996.

Дополнительная литература

5.2.2 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАТРАТ¹³

*Крис Селбай Смайт*¹⁴

Ключевые сообщения

- Затраты применяются к выгодам, которые приносятся в жертву в другом месте (предвиденные), когда данный ресурс используется в системе здравоохранения. Ресурсы имеют альтернативные использования: если они не используются в здравоохранении, они могли бы произвести выгоды в другом месте, например в образовании, жилищном строительстве или защите окружающей среды.

- Затраты имеют более широкое значение, чем одни финансовые расходы. Особенно нужно рассмотреть другие ресурсы, если их альтернативные издержки неадекватно отражены в рыночных ценах. Примеры включают добровольные взносы, затраты времени в отношении пациентов и ухаживающего за ними персонала, и услуги, оказанные религиозными заказами.

- Общие затраты для данной деятельности здравоохранения должны быть сравнены с произведенными выгодами, с тем, чтобы обеспечить, что перераспределение не могло привести к увеличению полных выгод, достигнутых обществом из имеющихся в его распоряжении ограниченных ресурсов. Таким образом, общие затраты должны быть оценены настолько точно, насколько это возможно.

- Общие затраты могут рассматриваться с различных точек зрения. Например, можно идентифицировать различные типы затрат, как затраты на персонал по сравнению со стоимостью средств обслуживания, капитал по сравнению с текущими затратами, прямые затраты по сравнению с косвенными затратами. Затраты могут быть разделены по отношению к источникам, из которых они проистекают. Их можно также различать по их выбору времени и уровню неопределенности.

- Изменение распределения общих затрат для данной деятельности здравоохранения среди различных сторон до полного разрешения распределения ресурса может изменить стимулы, с ними связанные, и, поэтому, действия, которые они предпринимают.

- Может оказаться затруднительным получить информация по затратам, которая, в идеале, требуется экономистами. Часто различают три стадии при изучении величины затрат: идентификацию, измерение и оценку. Считается, что часто эти три стадии постепенно становятся все более трудными. В максимально возможной степени, подходы, применяемые на каждой стадии, должны быть совместимыми в различных исследованиях, чтобы способствовать сравнимости и обучению в течение более длительного срока.

- Информация по затратам может быть представлена способами, которые являются более или менее полезными для лиц, принимающих решение. В целом, информация по затратам является не самоцелью, а помощью для принятия оптимальных

¹³ Далее ссылки по вопросам определения затрат даются в конце раздела. Книга, написанная Драммондом и др. – особенно ясная и полезная (1). Она была обширно использована при подготовке этого раздела.

¹⁴ Этот раздел был написан профессором Крисом Селби Смитом из Университета Монаш, Мельбурн, Австралия (электронная почта: Chris.SelbySmith@BusEco.monash.edu.au).

решений, лучшего использования недостаточных ресурсов в здравоохранении и получения лучших результатов.

Примечания наставников

Этот раздел предоставляет материал, который является полезным для:

- Высокопоставленных чиновников, принимающих решения в здравоохранении на национальном, региональном или местном уровне;
- менеджеров учреждений здравоохранения;
- практиков системы здравоохранения;
- других лиц, принимающих решения, таких как законодатели; пациенты, обслуживающий их персонал и их семьи; и лица, принимающие решения в других секторах, которые являются конкурентоспособными или дополнительными к здравоохранению с точки зрения используемых ресурсов.

Улучшенная *оценка* материала в этом разделе по определению затрат ценна для всех участников системы здравоохранения, особенно для тех лиц с важными обязанностями принятия решения, для кого *оценка* является также особенно существенной. Способность проводить анализ по определению затрат не должна быть так широко распространенной, особенно с точки зрения технических подробностей. Однако, широкомасштабное мышление может найти обширное применение.

Упражнения сосредотачиваются на аспектах определения затрат на уровнях: лиц, принимающих решение на национальном или региональном уровне (Упражнение 1), менеджеров учреждений здравоохранения (Упражнение 2) и профессионалов здравоохранения (Упражнение 3). Каждое упражнение предлагает участникам рассмотреть, как потребные ресурсы могут быть проанализированы, эффективно использованы и, по возможности, увеличены, и какие имеются последствия повсеместно, как внутри, так и за пределами здравоохранения. Участникам предлагается различить ситуации, где доступные ресурсы могут возрасти, и где они, вероятно, уменьшатся.

Предлагается, чтобы наставники стремились сосредоточить обсуждение на том, как может использоваться информация в отношении определения затрат, чтобы сообщать и улучшать принятие решения, например, усиливать эффективный выбор с тем, чтобы обеспечить, чтобы недостаточные ресурсы использовались настолько эффективно, насколько это возможно, и пролить свет на справедливость или несправедливость распределения затрат; и влияние распределения и перераспределения затрат на стимулы для заинтересованных сторон (таких как правительства, индивидуальные учреждения здравоохранения, работники здравоохранения и пациенты) и их последующих решений (в здравоохранении и возможно в другом месте).

Наставникам предлагается собрать уместные исследования по определению затрат, о которых им станет известно (на каждом уровне и в отношении разнообразия возможных ситуаций принятия решения), и предоставить их в ВОЗ в Копенгагене. В течение длительного времени дополнительные социологические исследования будут ценным приложением к существующему материалу.

Введение

Ресурсов недостаточно. В результате нет возможности представить все результаты, которые могут оказаться желательными. Таким образом, должны быть сделаны выборы в здравоохранении, как во всех областях человеческой деятельности. Эти выборы делаются на основе многих критериев, некоторые из которых являются явными, а некоторые - неявными. Экономический анализ стремится идентифицировать и детализировать один набор критериев, которые являются полезными при принятии решения, как распределить доступные ресурсы среди различных конкурирующих использований в их отношении.

Затраты по альтернативам свойственны многим принятым решениям в здравоохранении. Высшие должностные лица в секторе здоровья на национальном, провинциальном/государственном или региональном уровне часто сравнивают затраты (и последствия) альтернативных программ. Например, они могут сравнить профилактический уход с лечебным уходом, один способ лечения болезни с другим, или дополнительную стоимость лекарств по сравнению с уменьшенными больничными затратами, связанными с ними ввиду с более короткими сроками пребывания. Точно так же высшие должностные лица на национальном, провинциальном/государственном или региональном уровне будут сравнивать затраты программы в отношении здоровья (и последствия) с таковыми в другом месте, скажем, в образовании, транспорте или жилищном строительстве. Относительные затраты и последствия также уместны для принятия решения менеджерами учреждений здравоохранения и (хотя, вероятно, в меньшей степени) практиками здравоохранения.

Затраты свойственны каждому типу экономической оценки в здравоохранении, включая минимизацию затрат, анализ эффективности затрат, анализ эффективности затрат и анализ полезности затрат. Фактически, затраты имеют тенденцию быть существенными для большинства, если не для всех, выборов здравоохранения. Когда затраты варьируются широко, они могут быть мощным средством воздействия на принятие решений. Однако, затраты нельзя рассматривать в изоляции; они должны быть взвешены с точки зрения последствий, являющихся результатом различных курсов действия.

Важный момент, который следует помнить, предпринимая исследование по определению затрат - это то, что, для экономиста, затраты относятся к пожертвованию вовлеченными выгодами, когда данные ресурсы, скажем, подготовленные трудовые или финансовые ресурсы, потребляются в деятельности А, скажем, в определенной программе здравоохранения, а не в деятельности В, скажем, в какой-нибудь другой программе здравоохранения, или в деятельности в другом секторе, таком как образование, жилищное строительство или транспорт. Истинная стоимость или принесенная жертва представлены тем, что является возможным, что экономисты называют "альтернативной стоимостью". Поэтому, при определении затрат внимание аналитика не должно быть ограниченным одними финансовыми расходами. Деятельность может использовать другие ресурсы.

Потребление некоторых из этих ресурсов не может быть соответственно отражено в существующих рыночных ценах. Примеры включают время, которое пациенты или их семьи должны проводить вне работы или потратить на поездки для получения лечения, время, потраченное добровольцами, заработной платы, ниже рыночной, заработанная некоторыми работниками здравоохранения (такая как в религиозных заказах) или места в больницах, которые были предоставлены, а не куплены или арендованы.

Купманскап и Раттен (2) утверждают, что косвенные затраты (например, потери производства от плохого здоровья) могут составить существенную часть затрат программ здравоохранения, и предлагают метод их измерения. Они заключают, что косвенные затраты имеют тенденцию играть важную роль, если программы здравоохранения производят результаты в здравоохранении относительно быстро, если есть значительное влияние на (краткосрочное) отсутствие на работе, и если существенная доля целевого населения занята на работе в настоящее время, они извлекают пользу из программы.

Этот раздел сосредотачивается на общих вопросах. Более детальные обсуждения доступны в пунктах в списке дополнительного чтения в конце раздела. Во многих практических ситуациях варианты, доступные для аналитика, ограничены наличием данных. В дальнейшей перспективе стоит рассматривать полезность улучшения данных, но в ближайшей перспективе ограничения данных могут серьезно ограничить точность стоимостных оценок.

Также важно признать, что много проблем, связанных с определением затрат, могут быть связанными с контекстом. Например, может быть существенной точка зрения, принятая для анализа. Таким образом, то, что пациенты тратят на поездки - это затраты с

точки зрения пациента (и общества в целом), но не с точки зрения министерства здравоохранения (если оно не предлагает компенсацию). Точно так же выплаты компенсации рабочим, которые являются затратами для платящего правительства и выгодой для пациента (получателя), не являются "передаточными платежами" и, таким образом, ни затратами, ни выгоды для общества в целом.

В некоторых случаях определенные затраты, вероятно, просто подтвердят результат, который был бы получен при рассмотрении более узкого диапазона затрат. В таких случаях, возможно, не стоит усложнять анализ. Однако, такие категории затрат должны быть идентифицированы, и некоторое оправдание дано для их исключения (возможно, основанное на их небольшом размере, вероятном незначительном влиянии на результаты и итоги предыдущей эмпирической работы).

Общие затраты

Чтобы произвести удовлетворительную оценку общих затрат, существенно точно знать, что должно быть определено. Возможно, удивительно то, что, во многих определениях затрат, нет возможности определить, кто что делает, для кого, где и как часто. Такая ясность является неперенным условием для удовлетворительного определения затрат. Она также помогает читателям исследования оценивать для себя, были ли опущены какие-нибудь уместные затраты. Подобный момент требует последствий, но это менее уместно для настоящего раздела.

С точки зрения общества в целом, именно общие затраты являются существенными для данной деятельности. Это - полные альтернативные возможности, которые являются неизбежными для принятия этой особенной программы. Однако, для индивидуальных участников деятельности здравоохранения, только некоторые затраты могут быть непосредственно существенными для них.

Общие затраты могут рассматриваться с разнообразных точек зрения. Это рассмотрено далее в следующем разделе. Однако, один относительно простой и часто используемый подход состоит в том, чтобы рассмотреть общие затраты определенной деятельности здравоохранения как состоящие из приведенных ниже трех элементов.

(i) Затраты по организации и реализации программы, включающие взаимодействие с любыми неблагоприятными событиями, вызванными программой. В некоторых исследованиях по определению затрат, идентификация таких затрат включает несколько больше, чем перечисление статей ресурсов, используемых в деятельности здравоохранения. Должны быть включены переменные затраты, такие как время работников здравоохранения, поставки и аренда оборудования. Должны быть также включены накладные расходы, включая такие статьи, как свет, отопление, арендная плата или капитальные расходы. Оценка этих элементов имеет тенденцию быть более трудной в отношении капитальных расходов, чем в отношении текущих затрат.

(ii) Ресурсы, внесенные пациентами или их семьями. Они должны включать стоимость их времени, например, отсутствие на работе из-за плохого здоровья или ухода за членами семьи во время их болезни. Эти затраты представляют собой дополнительные ресурсы, внесенные в процесс лечения. Пациенты могут также производить платежи, покрывающие некоторые из затрат по организации и действия программы. До той степени, в которой эти вклады уменьшают затраты по (i) выше, которые первоначально несли другие стороны (такие как больницы или правительства), пациенты передают затраты между различными сторонами до полного распределения ресурса, вместо того, чтобы изменять общие затраты, понесенные обществом в целом.

(iii) Потребляемые ресурсы (или уменьшенное использование ресурсов) в других секторах в результате программирования или деятельности здравоохранения. Некоторые программы здравоохранения, такие как программы в отношении пожилых, потребляют ресурсы из других общественных агентств или добровольного сектора. Иногда может случиться, что действие деятельности по здоровью

или программа изменяет использование ресурсов в более широкой экономике. Если эти факторы существенны, они должны быть включены в экономический анализ, хотя для многих программ по здравоохранению они, вероятно, будут незначительными.

Как только будет идентифицирован существенный диапазон затрат в отношении определенной деятельности здравоохранения или решения на рассмотрении, должны быть измерены и оценены отдельные пункты. Здесь имеются два элемента: (i) измерение количества используемых ресурсов, и (ii) назначение себестоимости или цены единицы.

Для экономического анализа измерение **количеств** ресурсов часто зависит от контекста. Например, если экономическое исследование проводится наряду с клиническим испытанием, данные в отношении количеств ресурсов могут быть собраны на интегрированной основе, например, через формы истории болезни. С другой стороны, если экономическое исследование автономно, количества ресурсов могут быть оценены обзором примечаний в отношении случая или из обычных систем данных. Однако, может оказаться возможным оценить количества только некоторых ресурсов посредством разработки специальных сборов данных, например, опрашивая пациентов непосредственно или побуждая их вести дневник.

Вообще, **рыночные цены** будут доступны для многих из статей ресурсов. Там, где дело обстоит таким образом, процесс определения затрат является более простым и более здоровым. Теоретически, надлежащая цена за ресурс - это его цена возможности, то есть ценность возможных выгод ввиду того, что этот ресурс не был доступен для его наилучшего альтернативного использования. Однако, прагматический подход к определению затрат, который принимается обычно, состоит в том, чтобы использовать существующие рыночные цены, если нет какой-либо определенной причины поступить иначе. Например, цены некоторых ресурсов могут быть субсидированы третьим лицом, таким как благотворительное учреждение или иностранный даритель. Другие ресурсы могут быть предоставлены добровольцами.

Хотя определение затрат статей ресурса часто относительно однозначны, существует множество проблем, которые могут возникнуть в исследованиях по определению затрат. Некоторые из них обсуждены в разделе по идентификации, измерению и оценке затрат ниже.

Различные перспективы

Общая стоимость может быть разделена на ее компоненты рядом различных способов. Например, Криз и Паркер (3) произвели полезный анализ затрат для менеджеров программы, включая классификацию затрат, с точки зрения капитальных и рекуррентных входящих потоков, по ссылке на деятельность или функцию, для которой используются ресурсы, и по источнику (или провайдеру) ресурсов. Криз и Паркер определяют затраты как стоимость ресурсов, используемых для того, чтобы произвести что-либо, включая определенную услугу или набор услуг, как в программе в отношении здоровья. Также доступен дополнительный материал, такой как методике и рабочие листы, разработанные ВОЗ с целью содействия менеджерам программ по ВИЧ/СПИД, которые хотят использовать анализы затрат с тем, чтобы способствовать принятию ими решения. Более широко, штаб ВОЗ в Женеве разрабатывает шаблон для определения затрат в отношении всех программ по здоровью, улучшить методике, облегчить сравнения и усилить накапливаемое изучение.

На более конкретном уровне, определение затрат может быть рассмотрено в отношении определенных аспектов системы здравоохранения. Эбенети (4) утверждает, что понимание систем определения затрат на больницы и их сильных сторон и ограничений являются существенными, если информацию, которую эти системы могут предоставить, надлежит использовать в экономических исследованиях. Например, понимание поведения затрат является основным моментом для планирования новых услуг или расширения существующих услуг.

В отношении разработки систем определения клинических затрат, скажем, в больницах, Эбенети идентифицирует два существенно различных подхода. Один подход основан на "моделирующих затраты" принципах, а другой - на принципах "нахождения затрат". Моделирующий затраты подход мог, например, быть основан на Йельской Модели Затрат, разработанной командой исследователей от Йельского Университета, где объектом затрат является связанная с диагнозом группа (СДГ). Это - нисходящий подход к определению затрат, который использует общие данные бухгалтерской книги и предопределенную статистику распределения с тем, чтобы приписать все больничные затраты определенной СДГ. Заключительный результат процесса распределения затрат – это средние затраты на пациента в пределах определенной классификации.

Подход нахождения затрат основан на принципах учета затрат, которые используются в системах определения затрат по продукту, разработанным и осуществленным в производственном секторе. Этот подход часто упоминается как система определения затрат на пациента, потому что объектом затрат является пациент. Этот подход основан на принципах определения фактических затрат. Таким образом, стоимость подвергнутого лечению пациента определяется путем отслеживания прямых затрат, связанных с индивидуальными услугами, полученными пациентом, а также распределением косвенных расходов на пациента и расходов, не связанных с лечением пациента (например, накладные расходы больницы). Этот тип системы применяет восходящий подход. Наименьшим объектом затрат является фактическое обслуживание, например, лабораторный тест, пройденный пациентом. Затраты на этот тест могут быть затем добавлены к затратам по всем другим клиническим услугам, предоставленным пациенту, чтобы достигнуть меры затрат на подвергнутого лечению пациента или другой определенный объект затрат.

Во многих системах определения затрат в здравоохранении отсутствие информации по капитальным затратам - это существенное ограничение. Капитальные затраты особенно важны в некоторых типах обслуживания и в лечении определенных типов пациентов.

Ресурсы, потребляемые в соответствии с определенной программой в системе здравоохранения, могут также рассматриваться с точки зрения сектора, источника денежных средств и такие как затрат. Полные ресурсы, используемые в программе – одни и те же, но они рассматриваются с различных точек зрения. С денежной точки зрения, измерены количества каждого компонента, и затем вычислены общие затраты путем умножения количеств на соответствующие цены за каждый компонент.

В отчетности, так же при вычислении затрат, важно показать отдельно единицы каждого ввода и их цены (подход "компонентов"). Это облегчает сравнения, обобщение результатов по всем заданным значениям и экстраполяцию исторического опыта к новым заданным параметрам или новым комбинациям цен и количеств. Таким образом, работа, предпринятая в одном контексте, может иметь максимальную уместность для принимающих решение лиц в других контекстах. Бассейн знаний (5,6) наполняется все быстрее, со все большими выгодами для других принимающих решение лиц и исследователей.

Сектора

С точки зрения потребления ресурсов сектором, который несет затраты, может быть произведено тройное различие: сектор здравоохранения, участники программы и их семьи и другие сектора. Это - подход, выделенный выше. Заметьте, что чистые затраты, которые несет сектор, могут быть положительными или отрицательными, как тогда, истинные затраты участников более чем компенсируются, скажем, щедрыми командировочными или суточными. Потребление ресурса в секторе здравоохранения включает те затраты, которые несет сектор, такие как организация и осуществление программ (в идеале, с точки зрения предполагаемых возможностей). Заметьте, однако,

что затраты по сектору здравоохранения включают не только начальную программу, но также и любые продолжающиеся затраты, с ней связанные. В отношении многих видов деятельности в сфере здоровья имеются существенные продолжающиеся затраты.

Во-вторых, затраты могут быть понесены участниками программы здравоохранения (или их семьями). Например, участники могут не быть полностью компенсированы за их затраты по участию (поездки, пособия по уходу, проживание и т.д.). Деятельность в свободное от работы время или время работы участников могут быть сокращены, что, в свою очередь, влияет на оценку времени, затраченного на программу здравоохранения с точки зрения предвиденных возможностей. Если участники были безработными или занятыми неполный рабочий день, предвиденные возможности имеют тенденцию к уменьшению. Заметьте, что цена возможности участия не обязательно одинакова для каждого члена семьи. Например, если в некоторых странах или областях цена возможности отсутствия дома матери семьи, скажем, в отношении деятельности, длящейся неделю или две недели, будет существенно больше, чем для ее мужа или сына, то это, вероятно, затронет участие в программе со стороны пола.

В-третьих, ресурсы могут потребляться в других секторах. Например, некоторые программы здравоохранения используют ресурсы в секторе образования, такие как университеты, технические институты или исследовательские организации. Многие программы здравоохранения также полагаются на внесение ресурсов из добровольного сектора, с такими последствиями для таких вопросов, как определение затрат, устойчивость и непрерывная пригодность для расширяющейся программы. До той степени, в которой эти ресурсы отвлечены от других результативных видов деятельности, будут понесены альтернативные затраты. Они могут оказаться существенными.

Источники денежных средств

Четыре источника денежных средств особенно свойственны деятельности в области здравоохранения во многих менее развитых странах: национальные источники, как общественные, так и частные, включая источники из сектора здравоохранения; ресурсы ВОЗ; другие официальные источники денежных средств, такие как Всемирный Банк или подобные региональные органы; и вклады из добровольного и неправительственного сектора. Ресурсы могут быть предоставлены наличными или в натуральном выражении. Так как источники денежных средств являются совокупными, общая стоимость программы – это сумма национального вклада и вкладов из других источников.

Имеет место тенденция для определенных заинтересованных лиц, чтобы рассматривать затраты с точки зрения того, во что это им обходится. Таким образом, национальные органы здравоохранения, которые финансируют две трети одной программы, но только одну треть другой, общие затраты которых равны, вероятно, одобрит последнюю, даже если первая программа будет иметь более высокое соотношение (до двукратного) общей прибыли к общим затратам (то есть, намного более желательная программа на основе общей экономической оценки). Для национальных органов здравоохранения одна программа может выглядеть менее дорогостоящей, чем другая, хотя, говоря по правде, их полные затраты ресурсов, включая затраты, которые несут все стороны, равны. Другие заинтересованные лица, вероятно, будут действовать подобным образом.

С точки зрения финансирующих организаций, изменение уровней субсидий в отношении определенных программ может дать отличительные стимулы, чтобы национальные органы здравоохранения действовали определенным образом. Это могло бы быть методом достижения максимальных результатов в здравоохранении для финансирующих организаций исходя из их ограниченных бюджетов ресурсов, но это

требует информации в отношении затрат и последствий, которая часто недоступна. Национальные органы здравоохранения могут действовать аналогичными способами с тем, чтобы поощрить определенную деятельность на низших уровнях правительственного или частного сектора.

Другая классификация затрат на здравоохранение, повсеместно, или в отношении определенных программ, сосредотачивается больше на внутренних источниках ресурсов. Например, могло бы быть сделано различие в федеральных системах между ресурсами, внесенными национальными властями, и ресурсами, внесенными государственными, провинциальными и региональными органами власти. Другое различие, которое часто очерчивается – это различие между затратами, которые несет общественный сектор, и теми, которые несет частный сектор. В большинстве передовых стран повысилась доля полных затрат на здравоохранение, которые несут органы государственной власти, но в некоторых странах частные вклады все еще составляют от одной четвертой до одной трети. Дальнейшее различие иногда делается в пределах частных вкладов в расходы на здравоохранение, между вкладами через меры страхования от болезней, и вклады, сделанные непосредственно провайдером пациентами или их семьями в месте обслуживания.

Типы затрат

Здесь главным требованием является соответствие, например, между классификацией затрат в различных программах, в различных странах (или регионах) и для различных источников денежных средств. Сравнения имеют тенденцию быть ненадежными, если данные не соответствуют друг другу. Соответствие данных, вероятно, будет легче достигнуто перспективно, чем ретроспективно. Важно, чтобы не происходило двойного подсчета затрат. В реальном мире, может оказаться необходимым установить, какие классификации являются наиболее широко доступными и, насколько это позволяет хорошая практика, основываться на них. Заметьте, что некоторые из этих затрат представлены финансовыми расходами, тогда как другие - альтернативными издержками. В идеале, финансовые оценки могли бы быть близко аппроксимированы к истинным альтернативным расходам использования ресурсов для этих видов деятельности. На практике это не всегда так.

На этом фоне классификация заголовков по затратам могла бы включить такие статьи, как профессиональный штат, продолжающий деятельность на уровне здравоохранения. Это могло бы включать в себя заработную плату, жалованье и накладные расходы на оплату труда¹⁵ рабочей силы, занятой в здравоохранении - врачей, медсестер, дантистов и связанных работников здравоохранения. Деятельность здравоохранения могла бы представить всю рабочую нагрузку определенного штата, но только часть ее в отношении других. В последнем случае требуется оценка соответствующей доли их зарплат и накладных расходов на оплату труда, которые надлежит выделить определенной деятельности здравоохранения, в отношении которой производится определение затрат (включая любые последующие действия). Во многих случаях оценка соответствующей доли может использовать суждения и аппроксимации. В некоторых случаях определена деятельность здравоохранения, в отношении которой производится определение затрат, включает дополнительные затраты на участие рабочей силы здравоохранения, такие как суточные, питание или проживание.

Во-вторых, затраты также могли бы включать заработную плату, жалованье и накладные расходы на оплату труда того профессионального персонала, который нанят временно, чтобы осуществить необходимую работу по деятельности здравоохранения, в

¹⁵ Затраты лица в период его занятости в деятельности здравоохранения, отличной от жалованья/заработной платы.

отношении которой производится определение затрат. Они могут быть наняты исключительно для этой деятельности здравоохранения, в которой определение затрат облегчено, потому что отсутствует какая-либо потребность распределять их затраты между более, чем одной программой здравоохранения. Намерение состоит в том, чтобы оценить полную стоимость, относящуюся к программе, включая любые последующие связанные виды деятельности.

Третья категория затрат относится к средствам обслуживания, оборудованию и материалам. Если в ней имеются пункты, которые используются исключительно для определенной деятельности здравоохранения, в отношении которой производится определение затрат, включаются их полные ежегодные затраты. Это может часто иметь место в отношении материалов. Однако, в частых случаях, где, например, средства обслуживания и оборудование разделены между видами деятельности здравоохранения или программами, общие затраты должны быть распределены между ними.

Был предложен ряд методов для распределения таких разделенных затрат между программами здравоохранения, такие как прямое распределение, нисходящее распределение, нисхождение с итерациями или одновременным распределением (1, стр 62-66 и рабочий пример на стр. 74-81). Требуется тенденция к суждению и аппроксимации. Часто отсутствует однозначно правильный способ распределения таких общих затрат между различными пользователями или программами здравоохранения. Часто средства обслуживания и оборудование будут использоваться в течение многих лет, когда полные затраты также должны распределяться в течение длительного времени. Стоимость средств обслуживания, оборудования и материалов включает текущие затраты по их использованию в отношении программы здравоохранения, скажем, в течение годового периода, и часть капитальных расходов, которая приравнивается к их использованию за этот период в отношении этой программы здравоохранения.

Четвертый элемент затрат относится к администрированию. Он включает в себя заработную плату, жалованье и накладные расходы на оплату труда административного штата, включая штат поддержки, уборщиков, поваров, швейцаров и тех, кто работает в сфере центральных административных услуг, таких как финансы и составление бюджета, человеческие ресурсы, планирование, связи с общественностью и информационная технологическая поддержка. Также сюда входят связанные затраты, такие как их размещение, оборудование и расходные материалы. В теории, эти накладные расходы должны быть распределены, в соответствующей пропорции, индивидуальной деятельности в области здравоохранения, в отношении которой производится определение затрат. Практически это часто оказывается трудным, и принимаются грубые аппроксимации для оценки этих затрат в соответствии с программой здравоохранения.

Некоторые последствия

Во-первых, если затраты конкретного вмешательства здравоохранения (этот пункт применяется также к последствиям) были оценены в параметрах, которые являются технически неэффективными, в то время как затраты другого вмешательства были оценены в параметрах, которое является технически эффективными, заключения об относительных затратах (и относительная эффективность, и их отношения) могут быть смещены. Смешивающее влияние изменений в технической эффективности по пространствам исследования на развитие обобщенных сравнений затрат и последствий от альтернативных вмешательств здравоохранения, например, по таблицам эффективности затрат, должно быть минимизировано. В то же время, должны быть включены систематические изменения в технической эффективности (из-за таких факторов, как особенности системы здоровья или эпидемиологические образцы).

Во-вторых, могут существовать более сильные взаимосвязи между определенными типами затрат и определенными источниками денежных средств или секторов, чем другими. Имеет смысл выискивать такие взаимосвязи в момент, когда Вы приступаете к определению затрат. Например, может оказаться, что национальные или региональные органы здравоохранения, более вероятно, финансируют местные услуги поддержки, участники, более вероятно, финансируют альтернативные издержки участия в деятельности здравоохранения, а внешние дарители, более вероятно, финансируют внешних экспертов. Если определенные заинтересованные лица сосредотачиваются на определенных затратах, а не на других, может возникнуть опасность, что никакая сторона не будет озабочена общим балансом затрат (и выгод) в отношении программы здравоохранения или между программами. И это существенно для обеспечения оптимального распределения ресурсов. Это - особенно серьезная проблема, если национальные или региональные органы здравоохранения занимают частичную точку зрения, например, если они сосредотачиваются только на затратах, которые они несут. Улучшенная информация в отношении полных затрат и их распределения среди всех сторон до полного решения вопроса по распределению ресурса имеет тенденцию действовать как противовес в отношении любых частичных точек зрения, которые могут стимулироваться преобладающими мерами.

В-третьих, имеет место стимулирующая организаторская и координирующая роль, направленная на примирение несоизмеримых компонентов затрат в последовательное целое, чтобы облегчить информированное принятие решения национальными органами здравоохранения. Рассмотрение затрат с точки зрения различных типов затрат, различных источников, из которых эти затраты оплачиваются, и различных секторов, которые несут затраты, порождает последствия для организаторских решений в секторе здравоохранения об альтернативных способах предоставления медицинского обслуживания в целом, или индивидуальной программе, в частности. Рассмотрите следующее.

- В каком масштабе следует предоставлять программу? Некоторые затраты, такие как начальные затраты на развитие, могут увеличиться относительно немного с ростом участия в программе. Если фиксированные расходы являются большими, средние затраты могут резко упасть при увеличении участия. Другие затраты, такие как альтернативные затраты участия, могут упасть относительно немного. Если общие затраты – это, главным образом, фиксированные расходы, средние затраты уменьшаются заметно, тогда как, если общие затраты - это, главным образом, переменные расходы, средние затраты не уменьшаются сильно вовсе по мере увеличения программ здравоохранения в размере.

- Что должно быть объемом географического участия? Знание функции затрат может быть наиболее полезным при информировании организаторских решений. Например, может иметь место уменьшающаяся средняя стоимость предоставления деятельности здравоохранения по мере того, как участие возрастает, но каждый участник может подвергаться дополнительным затратам, например, на поездки, размещение и отсутствие на работе. Если органы власти (или финансирующая организация) покроют стоимость предоставления программы, но участники должны нести затраты по уходу, то равноправный доступ (включая географическое участие), вероятно, будет ограничен.

- Что должно быть балансом между капитальными и текущими затратами при предоставлении конкретных программ здравоохранения? Большее использование дистанционных подходов или электронного участия увеличивает некоторые затраты, включая капитальные расходы на инфраструктуру. Однако, такие подходы могли бы резко уменьшить затраты на поездки для (по крайней мере, некоторых) участников, или текущие затраты участников, которым ранее приходилось отсутствовать на работе (принимая, что они имели доступ к необходимым средствам обслуживания). Капитальные расходы могут быть выплачены из бюджета, отличного от текущих затрат. Знание

функции затрат облегчает принятие соответствующих решений менеджеров о возможностях замены между капитальными и текущими затратами.

В-четвертых, различные аспекты справедливости программ здравоохранения могут быть выдвинуты на первый план посредством рассмотрения использования ресурсов с точки зрения различных типов затрат, различных источников, из которых затраты могут быть оплачены, и различных сектора, которые их несут. Анализ затрат различных программ, или программ, предоставленных по-разному или в различных местах, может выявить интересные образцы. Являются ли самые дорогие или наиболее мощно субсидированные программы одинаково доступными для богатых и бедных, мощных и беспомощных, женщин и мужчин, молодых и старых? Дают ли возможность программы, связанные с отсутствием дома и на рабочем месте, мужчинам и женщинам участвовать одинаково? Дают ли возможность программы, предоставленные лицом к лицу в определенном местоположении (скажем, столице) нестоличному персоналу в этой стране или соответствующим работникам здравоохранения в других странах участвовать настолько же, насколько программы, которые предоставляются дистанционными подходами или с помощью электроники? Общие затраты и их распределение, хотя и не вся требуемая информация, часто проливают свет на некоторые из причин, почему имеет место неравный доступ к программам здравоохранения, и как затратные аспекты вносят свой вклад в несправедливые результаты.

Идентификация, измерение и оценка затрат

Информацию по затратам, требуемую для оптимального распределения ресурсов здравоохранения, часто трудно получить. Можно выделить три стадии в исследованиях по определению затрат: идентификация, измерение и оценка. В то время как они осуществляются одновременно в некоторых экономических исследованиях, имеет смысл рассмотреть каждую из них как отдельную фазу анализа (и чтобы пользователи оценили результаты таким образом). Эти три стадии часто на практике имеют тенденцию становиться со временем все более трудными.

Идентификация

Даже при том, что может не оказаться возможным измерить и оценить все затраты и последствия рассматриваемой программы здравоохранения, должна быть предпринята полная идентификация важных и уместных затрат и последствий. Идентификация состоит из составления, настолько всесторонне, насколько это возможно, перечня вероятных последствий в отношении ресурса вмешательства здравоохранения или деятельности. Затем могут быть приняты решения, по которым должны быть включены влияния, которые могли бы быть разумным образом исключены. Перспектива, принятая для исследования, влияет на эти решения (например, общество в целом, определенные затронутые группы или лица или другие заинтересованные лица), но, как было ранее упомянуто, следует рассматривать перспективу в целом (по крайней мере) всего общества.

Измерение

Как только важные и уместные затраты будут идентифицированы, они должны быть измерены в соответствующих физических и естественных единицах. Например, "измерение эксплуатационных расходов определенной экранлирующей программы может дать частичный перечень компонентов, таких как 500 медицинских осмотров, проведенных врачами, 10 недель оплачиваемого времени по уходу, 10 недель клиники площадью 1000 квадратных футов, 20 часов времени библиотекаря медицинских исследований из смежной больницы, и т.д. Точно так же затраты, которые несут пациенты, могут быть измерены, например, количеством купленных медикаментов, или

количеством поездок, которые потребовались для лечения, или рабочим временем, потерянным во время прохождения курса лечения." (1).

Часто возникают ситуации, где ресурсы используются совместно по одной или более программам. Эти ситуации представляют особую проблему. Например, в каждой больнице, и во многих других видах деятельности здравоохранения, многочисленные клинические услуги и программы делят предоставленные централизованно услуги общего характера, такие как уборка, администрирование, отопление, освещение и электроснабжение.

Вообще, не существует никакого неслучайного решения проблемы измерения. "Определение затрат в многопрофильной фирме - трудная задача, особенно когда конечным продуктом является смесь многих промежуточных продуктов. Не существует какого-либо легкого решения." (4), особенно там, где, как во многих больницах, имеет место большая доля как косвенных, так и фиксированных затрат. Однако, пользователи результатов должны убедиться, что для распределения общих затрат использовались разумные критерии, такие как площадь помещения, численность служащих или число пациентов. Может также быть полезным анализ чувствительности для демонстрации того, провели ли (и где) различные предположения существенные различия для стоимостных оценок. Пользователи должны определенно выяснить, что разделенные затраты были фактически ассигнованы участвующим видам деятельности здравоохранения или программам.

Форма, в которой сообщается об измеренных затратах, также заслуживает внимания. Принимая определенные решения, полезно знать распределение затрат, а также их среднее и срединное значения. Могут быть ситуации, где особенно интересны выпадающие значения. Суммирование затрат может привести к более точному определению затрат для рассматриваемых подгрупп, затерянных в общих результатах.

Оценка

Источники и методы оценки затрат должны быть провозглашены явным образом. Затраты обычно оцениваются в единицах местной валюты, основываясь на преобладающих ценах, например, на персонал, предметы потребления и услуги. Часто их можно брать непосредственно из бюджетов программы. Все текущие и будущие затраты программы обычно оцениваются в постоянных долларах определенного базисного года (обычно - текущий год), с тем, чтобы снять влияния инфляции.

Цель при оценке затрат состоит в том, чтобы получить оценку ожидаемых возможностей при использовании ресурсов в определенной деятельности здравоохранения, а не в другом месте. Это может потребовать корректировок по некоторым очевидным затратам программы. Например, это могло бы иметь место для подаренных средств обслуживания, субсидированных услуг или труда, внесенного добровольцами, полученных в соответствии с одной программой, но не с другой. Также важно там, где такие услуги не были бы доступны в больших количествах, если программа будет расширена.

Оценка затрат установленной медицинского обслуживания для определенного условия может представлять определенные трудности. Использование средних затрат в день, вычисленный на основе всей ежегодной клиентуры учреждения, является почти наверняка переоценкой или недооценкой реальных затрат для любого определенного условия. Различие может иногда быть весьма большим. Например, размещение дополнительного пациента на больничной койке, которая в противном случае была бы вообще не использована, приводит к дополнительным затратам, которые значительно ниже средних затрат по всему учреждению.

Нисходящее или восходящее определение затрат

В принципе, и с большим усилием на практике, возможно идентифицировать, измерять и оценивать каждый исчерпываемый ресурс, такой как лекарства, время по уходу, освещение и питание, при лечении определенного пациента или группы пациентов. Это приводит к относительно точной стоимостной оценке, но детальный мониторинг и сбор данных может оказаться дорогим и отнимающим много времени. Другая широкая стратегия расчета затрат состоит в том, чтобы начать с общих затрат учреждения в течение конкретного периода, а затем усовершенствовать этот метод путем простого деления на общее количество пациенто-дней, чтобы получить средние затраты за день. Могут использоваться весьма сложные методы распределения затрат по индивидуальным отделениям или палатам больницы. Промежуточный метод заключается в том, чтобы принять компоненты средних общих затрат на гостиничные функции (так как они являются относительно инвариантными для всех пациентов), и объединить их с более точными вычислениями затрат на лечение, которые связаны с определенными рассматриваемыми пациентами. Конечно, усилие, направленное на получение точных оценок, зависит от их общей важности для исследования. Однако, в целом, нужно избегать легкомысленного использования средних затрат.

Нерыночные статьи

Существуют особенные проблемы, когда оцениваются величины в отношении нерыночных статей, а также когда делается оценка, что существующие рыночные цены должны быть скорректированы. В отношении первого, основные вносимые нерыночные ресурсы в программы здравоохранения имеют тенденцию быть внесенными услугами или средствами обслуживания, временем добровольцев и свободным временем пациентов/семей. Один подход к их оценке состоит в том, чтобы использовать рыночные курсы. Например, могли бы использоваться ставки заработной платы низкой квалификации с тем, чтобы оценить время, внесенное добровольцами, на основе ценности потерянного свободного времени чего - либо от нуля через средние заработки до средних сверхурочных заработков (на том основании, что это - цена, которую работодатель должен заплатить, по минимуму, чтобы купить некоторое время свободного времени у рабочего). Общей практикой является принятие потерянного свободного времени за ноль в первичном анализе, а затем исследовать воздействие других предположений через анализ чувствительности. Несколько отличный подход состоит в том, чтобы идентифицировать и измерять единицы, скажем, добровольное внесение, и документировать их при отчете о результатах. Лицо, принимающее решение, может идентифицировать те программы, которые в значительной степени полагаются на добровольцев и произвести соответствующие корректировки, если они будут признаны необходимыми.

В отношении потребности корректировать рыночные цены, то долго признавалось, что, вследствие дефицитов, рыночные цены могут не отражать альтернативных затрат. Например, больничные расходы не будут равняться затратам, если затраты одной деятельности будут субсидирована другой; а гонорары врачей могут не отражать относительный уровень квалификации в отношении различных процедур. Драммонд и др. (1) предлагают, чтобы до того, как аналитики будут корректировать рыночные цены, они должны убедиться в удовлетворении двух условий: первое, что оставив цены нескорректированными, они бы внесли существенные отклонения в исследование; и второе, что имеется ясный и объективный способ осуществления корректировок. Эти проблемы исследовались наиболее широко в контексте больничных расходов в США (7).

Заметьте, что, если экономическое исследование предпринимается с точки зрения плательщика, являющегося третьей стороной, фактические расходы могут быть более существенными, чем затраты. Все же даже этот подход - не обязательно ясно вычерчен, например, когда третье лицо не платит полной суммы по счету. И с точки

зрения общества, полные альтернативные затраты продолжают оставаться существенными.

Стоит отметить два других вопроса. Во-первых, границы деятельности здравоохранения или программы, и, таким образом, ее затраты, не всегда легко точно определить. Они могут потребовать тщательного рассмотрения. Например, много программ здравоохранения вовлекают не только начальные расходы, но также и обновление и усовершенствованную деятельность, которые требуют дальнейшего использования недостаточных ресурсов. Программы здравоохранения могут потребовать изменений в сотрудничающих факторах, таких как рабочие процессы, организация работы, технологии и управления (даже изменения в других секторах, которые являются дополнительными к деятельности здравоохранения), если полная выгода должна быть получена из программы с точки зрения результатов здравоохранения. Кроме того, человеческий капитал, созданный многими видами деятельности здравоохранения, часто приводит к выгодам за длительный период времени.

Во вторых, то, как ресурсы для оплаты затрат, понесенных по определенной программе здравоохранения, заработаны, может иметь значение в отношении того, как они потрачены. И на совокупный уровень расходов здравоохранения, и на то, как они распределяются, может повлиять то, как требуемый доход был заработан. Например, если потребители здравоохранения должны покрыть затраты из своего собственного кармана в точке обслуживания, они, вероятно, будут действовать по-другому (например, ищут меньше услуг), чем если бы затраты оплачивались из общественных доходов, полученных через налогообложение. Полные затраты здравоохранения будут иметь тенденцию к снижению в первом случае, и распределение общих затрат между различными сторонами до полного решения по распределению ресурса также будет отлично.

Обработка капитальных затрат, средних и предельных затрат, распределения по времени и неопределенности, и стимулы, свойственные распределению затрат

Обработка капитальных затрат

Затраты включают капитальные, а также текущие затраты. Текущие затраты включены в оценки использования ресурса за период времени, в котором они использовались, например, текущий год. Но как следует обрабатывать капитальные издержки, такие как издержки в отношении земли, зданий, оборудования или других долговременных активов? Потоки ресурсов от этого основного капитала, используемого для процесса обеспечения деятельности здравоохранения, должны быть прибавлены к соответствующим текущим затратам, а не ко всему основному капиталу (который, как можно ожидать, будет продолжать производить потоки полезных ресурсов для продуктивной деятельности здравоохранения в течение ряда лет). "Капитальные затраты представляют собой инвестиции в актив, который используется в течение длительного времени" (1): во время, когда они изнашиваются или обесцениваются (хотя земля может не обесцениваться). Часто капитальные затраты не включаются в счета или бюджеты организации (особенно общественной организации), потому что они финансировались авансом, иногда однократным грантом.

Считается, что капитальные затраты включают два компонента. Первый компонент – это цена возможности ресурсов, представленных основным капиталом. Например, земля, используемая для больницы, могла быть использована для чего-либо еще, возможно, школы, жилищного строительства или парка. Стоимость – это предполагаемая возможность использовать ресурсы в некоторой другой деятельности, которая привела бы к положительным результатам. Эта стоимость обычно вычисляется

путем применения соответствующей процентной ставки к сумме инвестированных ресурсов. Второй компонент капитальных затрат представляет собой обесценивание в течение длительного времени самого актива. В счетах организации могут использоваться различные процедуры бухгалтерского учета, такие как прямолинейная или снижения баланса. Однако, бухгалтерская практика может иметь больше отношения с законам о налогообложении компании, управляющими обесцениванием активов, чем к реальному изменению стоимости актива. Заметьте, что, если издержки капитала касаются ресурсов, которые используются в соответствии с более, чем одной программой, требуется, чтобы они были распределены между ними.

Средние затраты и предельные затраты

Экономисты проводят существенное различие между средними затратами на единицу продукции в данной деятельности здравоохранения и предельными затратами, которые являются дополнительными затратами на создание еще одной (или менее) единицы продукции. Если средние затраты падают, например, там, где есть высокие фиксированные расходы на программы, и участие увеличивается, предельные затраты ниже средних затрат, и иногда значительно ниже. Наоборот, если средние затраты увеличиваются, например в плохо управляемой организации здравоохранения, то предельные затраты будут выше, чем средние затраты, по мере того, как участие в деятельности здравоохранения возрастает. Чтобы остаться жизнеспособной, программа здравоохранения должна покрыть свое средние затраты за разумный промежуток времени, но, с точки зрения небольших изменений в уровне ее деятельности, именно предельные затраты должны быть связаны с дополнительными выгодами, которые могут быть получены. Желательно запротоколировать загрузку производственных мощностей, с тем, чтобы цифры по затратам можно было интерпретировать соответственно (и если потребуется, было предпринято корректирующие действие).

Проводя сравнение между двумя или более видами деятельности в области здравоохранения (или деятельностью здравоохранения и деятельностью в другом секторе экономики) стоит задаться вопросом о том, что оказалось бы дополнительными затратами (и последствиями) наличия немного большего, или немного меньшего. Практически, важно признать различие между средними и крайними затратами (и оценить его потенциальное значение для принятия решения), хотя часто происходит, что проблема может действительно исследоваться только в контексте определенных местоположений или ситуаций. Например, степень, до которой могут быть спасены затраты, когда среднее пребывание пациентов в больнице сокращается, зависит от гибкости, которая является доступной в местном масштабе, и периода времени, в отношении которого сделано это изменение. Высвобожденные ресурсы не всегда будут перебрасываться эффективно. Например, если безработица высока, уменьшенная потребность в трудовых ресурсах может не привести к более высокому результату в другом месте. Аналитики несут ответственность за то, чтобы явно указать, где это существенно для стоимостных оценок и имеет последствия для принятия решений.

Выбор времени и неопределенность

Может потребоваться, чтобы стоимостные оценки были скорректированы в отношении выбора времени и неопределенности. Не является проблемой, если все затраты понесены немедленно, но часто затраты растянуты во времени. В частности, альтернативные использования ресурсов могут иметь различные профили времени затрат (и последствий). Профиль времени затрат и выгод может также отличаться в пределах одной и той же программы здравоохранения. Будущие потоки затрат уменьшаются или "дисконтируются", чтобы отразить тот факт, что ресурсы, потраченные или сохраненные в будущем, не должны быть взвешены так же тяжело в решениях программы, как ресурсы, потраченные сегодня. Это происходит, прежде всего, из-за существования того, что

экономисты называют предпочтением времени. Люди и общества предпочитают подвергаться затратам позже (и получать выгоды скорее), потому что они могут тем временем извлечь из них выгоду.

Предпочтение времени возникает по различным причинам: люди (и, в меньшей степени, обществам) могут иметь краткосрочное представление о жизни: будущее неопределенно - при положительном экономическом росте люди и общества ожидают быть более богатыми в будущем, и так как, похоже, большинство людей имеют положительную норму предпочтения времени, положительный доход обычно можно получить, производя безрисковые инвестиции. Заметьте, что понятие желания откладывать затраты (или предпочтение выгод сегодня) выходит за пределы денежных сделок на товары и услуги, которые не могут быть легко проданы.

Кроме того, жизнь содержит неопределенность и неточность, и стоимостные оценки - тоже. Тщательный анализ может помочь идентифицировать критические методологические предположения или области неопределенности. Аналитики часто пытаются переделать свои анализы, используя различные предположения или оценки, с тем, чтобы проверить чувствительность их результатов и заключений. Если большие изменения в предположениях не вызывают существенных изменений в результатах в отношении затрат, они имеют тенденцию больше доверять первоначальным оценкам. Если происходит обратное, требуется больше усилий для уменьшения неопределенности и улучшения точности переменных, которые являются особенно существенными в отношении стоимостных оценок. Такие исследования чувствительности - важный элемент качественного упражнения по определению затрат. Там, где данные затраты являются стохастическими (то есть, имеют среднее значение и дисперсию), а не точечные оценки, которые часто использовались в прошлом, могут быть выполнены измерения статистической значимости или представлены доверительные интервалы.

Стимулы, свойственные распределению затрат

Распределение общих затрат между различными сторонами к полному решению распределения ресурса, которые являются затратами, которые они несут, может иметь важное побудительное влияние и затрагивать действия лиц, принимающих решение. В качестве простого примера, определенная деятельность здравоохранения может быть явно стоящим использованием недостаточных ресурсов, когда рассматривается с точки зрения ее общих затрат по сравнению с ее общими выгодами. Однако, если все затраты будет нести одна сторона, а все выгоды будут получены другой стороной, то первая сторона не будет в восторге. Если они мощные, или экономически в рыночной ситуации, или политически в ситуации общественных условий, они вполне могут воспрепятствовать эффективному выполнению программы. Конечно, многие реальные ситуации не столь явные, как эта, и перераспределение затрат (и выгод) может создать менее конфронтационную ситуацию. Однако, распределение общих затрат вырабатывает определенный образец стимулов для участников, который, вероятно, будет влиять на их решения (такие как относительно того, участвовать ли в программе). Участники могут реагировать на стимулы, которые существуют, но не были сознательно предназначены, или на стимулы, следующим из образцов распределения затрат, которые были профилактически разработаны для того, чтобы поощрить определенные действия, такие как участие в экранирующих программах. Знание распределения затрат, так же как их общего размера и состава, является необходимым фактором для эффективного принятия решения в здравоохранении, независимо от того, стремится ли оно достигнуть эффективного использования недостаточных ресурсов или справедливых результатов.

Представление информации о затратах

Цель собирания, очистки и анализа стоимостных оценок для различных программ здравоохранения или для сектора здоровья в целом состоит в том, чтобы улучшать принятие решений. Информация о затратах - это не единственные входные данные, требуемые для принятия решения в здравоохранении, но высококачественное принятие решения без адекватной информации о затратах в принципе невозможно.

Существует много целей, в отношении которых информация о затратах является существенной, и определенная требуемая информация о затратах может быть определена в только свете определенных целей лица, принимающего решение. Абернети отмечает, что "информация по определению затрат может потребоваться для определения затрат конкретного пациента в целях компенсации затрат, или для сравнения затрат различных связанных диагнозом групп, или для того, чтобы определить стоимость лабораторного исследования с тем, чтобы установить цену. Альтернативно, руководство больницей может захотеть использовать информацию по определению затрат для разработки бюджета клиники и отслеживания ее деятельности впоследствии. Эти решения требуют различных типов затрат" (4). Никакие лица, принимающие решение, не достигнут своих целей, если они не поймут, чего именно они хотят достигнуть, и не будут тщательно размещать средства (включая информацию о затратах), которые, как они могут разумно ожидать, они получат.

Различные лица, принимающие решение, будут совершенно законно иметь довольно различные цели, или довольно различный баланс между различными целями. Например, политические деятели или бюрократы в центральных органах на национальном уровне, вероятно, будут заинтересованы в соответствующем балансе между всем общественным и частными секторами, и между здравоохранением и другими конкурирующими использованиями ресурсов, в то время как политические деятели и бюрократы в государственном секторе здравоохранения на провинциальном и региональном уровне, вероятно, придадут первостепенное значение здравоохранению в их географической области, и, возможно, деятельности общественного сектора. Те принимающие решение лица, которые несут ответственность за особые учреждения здравоохранения, такие как больницы, дома престарелых или местная сеть здравоохранения, вероятно, больше сосредоточатся на получении того, что они расценивают как их справедливая доля ресурсов и их эффективном использовании с тем, чтобы добиться эффективных и справедливых результатов здравоохранения. Индивидуальные практики и потребители услуг здравоохранения, вероятно, сосредоточатся больше на своих особенных проблемах в пределах общих структур и стимулирующих образцов, установленных лицами высокого уровня, принимающими решение. Информация о затратах важна для решений всех этих участников системы здравоохранения. Однако, фокус их интересов отличается в отношении информация о затратах, которую они хотят иметь, когда они ее получают и как они ее используют.

Метод, которым собирается, анализируется и представляется информация о затратах, может облегчить или затруднить ее эффективное использование лицами, принимающими решение. "Важность идентификации ограничений информации по определению затрат и потенциальных влияний на результаты экономического анализа не может быть переоценена" (4). Например, все более признается, что лицами, принимающими решение, требуется разьединенная информация, так же как и итоговый суммарный результат. Они должны знать, как информация была получена, какие допущения пришлось сделать, какие использовались аппроксимации, насколько чувствительными результаты по затратам были к различным (убедительным) допущениям или подходам, и так далее, чтобы знать, насколько уверенно можно положиться на окончательные стоимостные оценки и их компоненты. Авторы экономических исследований теперь поощряются сообщать о ценах и количествах отдельно, а не одними общими суммами расходов. Точно так же, если исследования по определению затрат не

являются публично доступными, вряд ли они будут подлежать такому же уровню критического исследования. В конечном счете, это препятствует усовершенствованиям методик, росту разделенного знания и накапливаемого обучения, каждые из которых вносят свой вклад на наполнение бассейна знания, доступного для будущих пользователей, независимо от того, являются ли они высшими должностными лицами, практиками или исследователями (6).

В-третьих, для лиц, принимающих решение - в зависимости от того, какие вопросы их интересуют - может быть полезным иметь информацию не только в отношении общих затрат, но также и об их составе и распределении. Необходимо знать величину общих затрат, например, когда лица, принимающие решение в центральных органах управления, правительстве или парламенте рассматривают, использовать ли недостаточные ресурсы в секторе здравоохранения, или в другом месте, или сравнивают альтернативные использования ресурсов в рамках сектора здравоохранения. Когда другие моменты, особенно ожидаемые выгоды, подобны, деятельность, которая менее требовательна в использовании ресурсов, будут предпочтена более дорогим видам деятельности. Состав затрат, например между различными типами расходов или между различными источниками, может также влиять на принятие решения. Например, если существующая деятельность заметно зависит от внесенных средств обслуживания или от добровольного труда, возможно, не удастся расширить ее масштаб без существенного увеличения затрат. Или если иностранные финансирующие организации выделяют значительно ресурсов для некоторых видов деятельности здравоохранения, чем для других, то первые будет иметь тенденцию быть предпочтенными перед последними лицами, принимающими решение внутри страны (при всех прочих равных условиях). Распределение затрат может влиять на действия отдельных сторон до полного решения о распределении ресурса, посредством изменения стимулов, действующих на них в сторону участия или выхода из проекта. Если существующий образец стимулов, следующих из текущего распределения затрат (и последствий), по оценкам, является нежелательным с точки зрения эффективности или справедливости, может оказаться возможным перераспределить затраты (даже если общие затраты для общества неизменны) для достижения более удовлетворительных результатов.

Наконец, связи между исследованиями по определению затрат и принятием решений в здравоохранении часто могут улучшаться. Принятие решения в здравоохранении - это сложный процесс, вовлекающий много участников, и информация по определению затрат - это только одна величина на входе при их решении (и часто это не самая важная величина на входе). Исследование и изучение, включая таковые для целей определения затрат, являются областью, которая имеет много отличий от принятия решения, как на уровне выработке тактики, так и на уровне практика. Иногда лица, принимающие решение, заинтересованы в качестве исследований по определению затрат, включая большое количество сделанных допущений. Практики здравоохранения, которые обычно имеют немного знаний в области биомедицинских исследований, имеют тенденцию чувствовать себя более комфортно со свидетельством, основанным на рандомизированных регулируемых испытаниях, чем на моделировании исследований. Таким образом, тип определения затрат может повлиять на аудиторию и на то, как это могло бы использоваться при принятии решения. Иногда исследования, особенно проводимые дистанционно, не адекватно отражают заинтересованность местных лиц, принимающих решение. Например, многие экономические исследования в здравоохранении не исследуют затраты осуществления привилегированного курса действия. Другие исследования, как оказалось, принимают, что сбережения, такие как уменьшенные затраты по госпитализации, могут быть легко реализованы. Однако, с точки зрения местных лиц, принимающих решение, обе эти проблемы могут быть весьма существенными. Важно, чтобы лица, принимающие решение, имели адекватный доступ к информации по

определению затрат, и чтобы о результатах сообщалось таким образом, который очень сильно занятые лица, принимающие решение, могут легко понять.

Исследования, включая углубленное знание о вопросах определения затрат, являются совокупными. Многие исследования не являются самостоятельной изолированной работой, но добавляются к тому, что существовало прежде. Эта накапливающаяся совокупность знаний (она может быть также уменьшенной или недоступной) может внести свой вклад в усовершенствование определенных методов или методологий, а также в создание общественного мнения и развития ряда идей, так, чтобы в любой данный момент времени определенные идеи, подходы или способы мышления находились в состоянии "доступно", в то время как другие - нет. Результаты исследований и разработок, включая исследования по определению затрат, также включают человеческий капитал, такой как навыки в исследованиях, установки и степень обученности персонала.

Потенциал в отношении различных акцентов, который делают исследователи и лица, принимающие решение, подчеркивает важность связей между ними, желательность двусторонних потоков информации в ходе определения затрат (не исключительно тогда, когда этот процесс закончен), и выгоды от сотрудничества, основанного на разнообразных вкладах, включая экспертизу по определению затрат, для улучшения процессов и результатов здравоохранения. Акцент на связях повышает взаимные обязанности сторон. Устойчивые связи, основанные на длительном взаимном уважении и понимании потенциального вклада каждой стороны, являются важнейшими для того, чтобы дать возможность исследованиям и подходам по определению затрат внести эффективный вклад в высококачественное принятие решения высшими должностными лицами и практиками.

Упражнение 1

Вы – старшее должностное лицо, принимающее решение на национальном уровне в министерстве здравоохранения. Вы стремитесь:

а. получить столько ресурсов для сектора здравоохранения, сколько Вы можете, в конкуренции с потенциально ценным использованием ресурсов в других секторах, таких как образование, транспорт, оборона и общественный порядок;

б. обеспечить, чтобы ресурсы, предоставленные для сектора здравоохранения, использовались самым действенным, эффективным, экономичным и справедливым образом.

Какую информацию по затратам Вы бы использовали для каждой цели, если бы она была доступной? Если не окажется доступной, до какой степени Вы бы стремились ее обнаружить?

Упражнение 2

Вы - менеджер медицинского обслуживания, скажем, больницы, дома престарелых или местного центра здравоохранения. Как Вы бы использовали информацию о затратах, доступную Вам, чтобы объединить ресурсы и получить результаты в здравоохранении самым эффективным и справедливым способом?

Какая другая информация в отношении затрат была бы полезной? До какой степени дополнительные затраты по ее получению были бы оправданными?

До какой степени использование Вами информации по определению затрат поощряет продолжать усовершенствований в будущем?

Действия, предпринятые Вами, увеличивают или уменьшают затраты, понесенные в другом месте в системе здравоохранения (включая пациентов или обслуживающий их персонал)?

Наконец, если ресурсы, доступные для Вас, сократятся, использовали бы Вы информацию о затратах таким же образом, как тогда, когда они растут? В противном случае, в чем были бы различия и почему они имеют место?

Упражнение 3

Вы – практикующий профессионал здравоохранения, скажем, врач, медсестра, фармацевт или дантист. Как Вы можете использовать ресурсы, которые имеются в Вашем распоряжении, чтобы произвести лучшие результаты для ваших пациентов?

До какой степени Вы можете перераспределить ресурсы, к которым Вы имеете доступ? Каким способом перераспределение улучшило бы результаты для ваших пациентов (и любых других заинтересованных лиц)?

Имеются ли какие-нибудь способы, которыми доступные ресурсы могли быть Вами увеличены? Есть ли ограничения на вашу практику, которые увеличивают затраты, особенно если они делают так, не улучшая результаты?

Действия, предпринятые Вами, увеличивают или уменьшают затраты, понесенные в другом месте в системе здравоохранения (включая пациентов или обслуживающий их персонал)? Вы принимаете во внимание эти факторы, принимая Ваши решения?

Наконец, если бы ресурсы, находящиеся в Вашем, сокращаются, а не увеличиваются, какую бы деятельность Вы бы решили сократить, и до какой степени? Как Ваш подход отличался бы от подхода, которому Вы бы следовали в случае увеличения ресурсов (и почему)?

Ссылки

1. ДРАММОНД, М. Ф. и др. *Методы экономической оценки программ здравоохранения*, 2-я редакция. Оксфорд, Издательство Оксфордского университета, 1997.
2. КУПСМАНСКАП, М.А. и РУТТЕН, Ф.Ф.Х. Косвенные затраты в экономических исследованиях: противодействие путанице. В: Селби Смит, С. и Драммонд, М.Ф, ред. *Экономическая оценка в австралийском здравоохранении*. Канберра, Издательская Служба Правительства Австралии, 1995, стр. 58-67.
3. КРИЗ, А. и ПАРКЕР, Д. *Анализ затрат в первичном здравоохранении*. Женева, Всемирная Организация Здравоохранения, 1994.
4. АБЕРНЕТИ, М.А. Системы определения затрат в больницах: важность для исследований экономической оценки, В: Селби Смит, С. и Драммонд, М.Ф, ред. *Экономическая оценка в австралийском здравоохранении*. Канберра, Издательская Служба Правительства Австралии, 1995, стр. 44-57.
5. БАКСТОН, М.Дж. и ХЭННИ, С. *Оценка окупаемости научных исследований и разработок Министерства здравоохранения*. Брунейский Университет, Аксбридж, Группа Исследования Экономики Здоровья, 1994, Том 1.
6. БАКСТОН, М.Дж. и ХЭННИ, С. *Оценка окупаемости научных исследований и разработок Министерства здравоохранения*. Брунейский Университет, Аксбридж, Группа Исследования Экономики Здоровья, 1997 (2 тома).
7. КОЭН, Д. Дж. и др. Экономика избирательной замены коронарных кровеносных сосудов: сравнение затрат и расходов обычной ангиопластики, направленной атеректомии, стентингово и байпасной хирургии. *Журнал американского Колледжа Кардиологов*, 22 (4): 1052-1059 (1993).

Дополнительная литература

БОЙЛЕ, М. Х. и др. Экономическая оценка интенсивной терапии младенцев, имеющих крайне низкий вес при рождении. *Журнал медицины Новой Англии*, **308**: 1330-1337 (1983).

ГОЛЖ, М.Р. и ДРУГИЕ, РЕД. *Экономическая эффективность в здравоохранении и медицине*. Оксфорд, Издательство Оксфордского университета, 1996.

ХОРГРЕН, К.Т. *Учет затрат: организаторский акцент*, 5-ая редакция. Энглвуд Клиффс, Нью-Джерси, Прентис Хол, 1994.

КРАН, М. и ГАФНИ, А. Дисконтирование в экономической оценке вмешательств здравоохранения. *Медицинское обслуживание*, 3:403-418 (1993).

ЛЮС, Б.Р. и ЭЛИКСХАУЗЕР, А. Оценка затрат в экономической оценке медицинских технологий. *Международный журнал оценки технологии в здравоохранении*, 6: 57-75 (1990).

РАМСЕЙ, Р.Х. Определение затрат на основе деятельности больниц. *Администрирование больничного и медицинского обслуживания*, 39: 385-396 (1994).

СЕЛБИ СМИТ, К. и ДРАММОНД, М. Ф., ред. *Экономическая оценка в австралийском здравоохранении*. Канберра, Издательская Служба Правительства Австралии, 1995.

СЕЛБИ СМИТ, К. и ДРАММОНД, М. Ф. Воздействие НИР и ОКР на принятие решения практиками и менеджерами: межотраслевые и международные перспективы. В: Бэлдри Дж., ред.. *Экономика и здоровье: 1999*, Сидней, Университет Нового Южного Уэльса, Школа Менеджмента Медицинского обслуживания, 2000.

5.3 ОЦЕНКА

5.3.1 ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Майкл Драммонд¹⁶

Ключевые сообщения

- Существует множество критериев, которые могли бы использоваться при оценке курсов лечения и программ здравоохранения
- Экономическая оценка связана с оценкой эффективности или соотношения цены и качества.
 - Существует много форм экономической оценки (например анализ эффективности затрат, анализ выгоды затрат), но все они сравнивают затраты и последствия курсов лечения и программ.
 - Важно понять ключевые методологические принципы экономической оценки, включая рассмотрение адекватного диапазона альтернатив, использование надлежащего критерия эффективности и допущения на неопределенность в оценках.
 - Экономическая оценка может использоваться вкупе с диапазоном курсов политики, направленных на поощрение рационального распространения и использования технологий здоровья, включая планирование средства обслуживания специалистов, реформирование схем оплаты учреждений или профессионалов здравоохранения и развитие руководящих принципов практики здравоохранения.
 - Экономическая оценка может использоваться для оценки «производящих здоровье» мер в различных секторах экономики, включая дорожную безопасность, защиту окружающей среды и профессиональное здоровье.

Примечания наставников

Широкий диапазон групп в рамках системы здравоохранения мог бы извлечь пользу из более глубокого понимания экономической оценки.

¹⁶ Этот раздел был подготовлен профессором Майклом Драммондом, Центр Экономики Здоровья, Университет Йорка, Йорк, Великобритания (электронная почта: chedir@york.ac.uk).

Основное упражнение в этом разделе (Упражнение 1) нацелено на уровень (критический) оценки методике экономической оценки. Оно может использоваться со следующими группами:

- государственные служащие и другой правительственный технический персонал
- менеджеры здравоохранения
- профессионалы здравоохранения (например, врачи, медсестры).

Определенная выгода может быть достигнута при выполнении упражнения с группой, составленной из представителей разных профессий.

Это упражнение требует, чтобы группа имела доступ к опубликованному исследованию, уместному согласно их собственному усмотрению. Выбор исследования оставляют наставнику, но как отправная точка может использоваться статья Марка и др. (1), поскольку обработанный ответ представлен в книге Друммонда и др. (2).

Вторая часть раздела (включая Упражнение 2) нацелена на уровень оценки и может использоваться со следующими группами:

- высшие должностные лица (например, избранные чиновники)
- государственные служащие и другой правительственный технический персонал
- менеджеры службы здравоохранения.

Оно может также использоваться с профессионалами здравоохранения, но, вероятно, должно было бы быть структурировано вокруг определенной проблемы, такой как закупки оборудования, составление формуляра препаратов или разработка основных направлений практики здравоохранения.

Третья часть раздела будет представлять наибольший интерес для людей с более широкими обязанностями в сфере здоровья и здравоохранения. Она нацелена на уровень оценки и могла бы использоваться высшими чиновниками и государственными служащими. Она могла бы также представлять интерес для таких чиновников в финансах и министерствах, отличных от здравоохранения.

Введение

Существует ряд критериев, в соответствии с которыми могут быть оценены курсы лечения и программы здравоохранения. Они включают эффективность, справедливость, доступ и действенность. Различные действующие лица внутри и вне системы здравоохранения (например, политические деятели, менеджеры, профессионалы здравоохранения и пациенты) выделяют различные критерии. Например, политические деятели могут быть особенно заинтересованными равноправием или справедливостью при распределении ресурсов здравоохранения, профессионалы будут обычно больше всего интересоваться эффективностью, а менеджеры будут больше всего интересоваться бюджетными последствиями вмешательств здравоохранения.

Все увеличивающееся давление на бюджеты здравоохранения вынудило лица, принимающие решение, искать методы оценки соотношения цены и качества от курсов лечения и программ здравоохранения. В экономической оценке программы сравниваются с точки зрения их затрат и последствий. Последствия обычно включают улучшение результатов в отношении здоровья и сбережение ресурсов здравоохранения.

Существует ряд форм экономической оценки, которые следуют одному и тому же общему методологическому подходу, но отличаются по степени, до которой измерены и оценены результаты в отношении здоровья. Например, в анализе выгодности затрат были сделаны попытки оценить все затраты и последствия в денежном выражении. С другой стороны, в анализе эффективности затрат результаты в отношении здоровья измерены в наиболее приемлемых естественных единицах, таких как увеличенная продолжительность жизни или дни инвалидности, которых удалось избежать.

Экономическая оценка – это деятельность, связанная с многими дисциплинами, в которую могут внести вклад многие профессионалы здравоохранения. Например, клиницисты и эпидемиологи могут консультировать в отношении качества подтверждения эффективности оцениваемых вмешательств. Наоборот, финансовые администраторы и персонал могут предоставить данные в отношении затрат по вмешательствам. Обычно, экономическая оценка требует синтеза информации из множества источников, включая клинические испытания, наблюдательные исследования и обычным образом доступные наборы данных.

Следует помнить, что экономическая оценка является помощью для принятия решений в здравоохранении, а не заменой самого принятия решения. Действительно, она включает в себя ряд важных суждений о стоимости, и ее вклад должен сделать их более явными для лица, в конечном счете принимающего решения.

Первая часть этого раздела посвящена аспектам методике экономической оценки, так как важно, чтобы работники здравоохранения и высшие должностные лица понимали, как отличить хорошо проведенное исследование от плохо проведенного. Вторая часть посвящена применению экономической оценки при принятии решений в здравоохранении, исследуя потенциальные механизмы принятия решения, в которых могло использоваться экономическое подтверждение. Наконец, третья часть раздела распространяет обсуждение на более широкий диапазон вмешательств с целью улучшения здоровья, включая не только здравоохранение, но также и инвестиции в другие сектора экономики, такие как дорожная безопасность и защита окружающей среды.

Методологические особенности экономической оценки

Основные компоненты экономической оценки представлена на рис. 1. Методологические особенности экономической оценки были хорошо документированы в другом месте (2,3).

Рис. 1. Компоненты экономической оценки в здравоохранении

	Затраты			Последствия		
			Идентификация	Измерение	Утверждение	
	Сектор здравоохранения (C1)		Измененное состояние здоровья	Влияние (E)	Предпочтения по состоянию здоровья или готовность платить (W)	
Потребленные ресурсы	Пациент и семья (C2)	Программа здравоохранения	Другая созданная стоимость		Другая созданная стоимость (D)	Общая готовность платить (W1)
	Другие сектора (C3)		Сэкономленные ресурсы	Сектор здравоохранения (S1) Пациент и семья (S2) Другие сектора (S3)	Сэкономленные ресурсы	

Таблица 1 содержит контрольный список вопросов, чтобы спросить из изданного исследования. Главные особенности этого следующие.

(i) Обучающий вопрос должен быть ясно сформулирован. В частности, должно быть ясно, чья точка зрения рассматривается, когда оценены затраты и последствия. (Возможные точки зрения - из больницы, системы здравоохранения,

правительства или плательщика-третьего лица, пациента и семьи, или общества в целом.) Обычно точка зрения общества в целом предпочтительна.

(ii) Альтернативы оценке должны быть ясно описаны. Обычно новый курс лечения или программа здравоохранения следует сравнить с текущей практикой или широко используемым существующим курсом лечения. Сравнения могут быть сделаны с точки зрения здоровья, денег или полезности.

(iii) Эффективность сравниваемых альтернатив должна быть надежно оценена. В случае курсов лечения здравоохранения, самое надежное подтверждение поступает от рандомизированных клинических испытаний, хотя может потребоваться некоторое моделирование. Раздел 5.4.1 по экономическому моделированию рассматривает, как приспособить результаты клинических испытаний с тем, чтобы отразить регулярную практику или распространить результаты за пределы окончания испытания (например, на продолжительность жизни).

(iv) **Определение затрат** должно отражать принятую точку зрения. Уместные затраты должны сначала быть оценены в физических единицах потребляемых ресурсов (например, дни в больнице, посещения врача) до того, как они будут оценены с использованием набора цен или себестоимости единицы, относящейся к соответствующему урегулированию. В некоторых установочных параметрах (например, больницы) используются определенные ресурсы для получения ряда объединенных результатов. Например, отопительная установка больницы обслуживает ряд отделений клиники. Поэтому, при определении затрат на определенное клиническое вмешательство или лечение, только некоторые из ресурсов будут однозначно относиться к этому вмешательству. Другие будут разделенными ресурсами, иногда называемыми "накладными расходами". Поэтому, при определении затрат на данное лечение или требуется метод распределения разделенных ресурсов (или накладных расходов), или должно быть сосредоточено внимание на дополнительных ресурсах, по крайней мере, которые должны обеспечивать данное вмешательство. (Выгоды могут быть также более широкими, чем узко определенное здоровье, например, экстерналии, или здоровье и развитие.)

(v) Исследование должно учесть дифференцированный выбор времени в затратах и последствиях, через приведение к действующим значениям, и неопределенность в оценках, либо через анализ чувствительности, либо через статистическое испытание.

(vi) Представление результатов должно включать пошаговый анализ затрат и последствий, сравнивая одну альтернативу с другой, и комментарии к главным слабостям в исследовании. Если проводятся сравнения эффективности затрат с другими исследованиями, нужно позаботиться о том, чтобы обеспечить, чтобы они использовали аналогичные методики.

Таблица 1. Контрольный список для оценки экономических оценки

1. Был ли хорошо определенный вопрос изложен в соответствующей форме?
 - 1.1. Рассматривало ли исследование и затраты, и влияние обслуживания (услуг) или программ(ы)?
 - 1.2. Включало ли исследование сравнение альтернатив?
 - 1.3. Была ли изложена точка зрения в отношении заявленного анализа и было ли исследование связано с каким-нибудь определенным контекстом принятия решений?
2. Было ли дано всестороннее описание конкурирующих альтернатив (то есть можете ли Вы говорить, кто сделал что, для кого, где, и как часто)?
 - 2.1. Были ли опущены какие-нибудь важные альтернативы?
 - 2.2. была (нужно) рассмотрена "пустая" альтернатива?
3. Была ли установлена эффективность программы или услуг?

3.1. Было ли это сделано через рандомизированное, контролируемое клиническое испытание? Если да, отразил ли протокол испытания то, что обычно происходило в регулярной практике?

3.3. Были ли использованы данные наблюдений или допущения для установления эффективности? Если да, что является потенциальными отклонениями в результатах?

4. Были ли идентифицированы все важные и уместные затраты и последствия для каждой альтернативы?

4.1. Был ли диапазон был достаточно широким для исследования вопроса под рукой?

4.2. Охватило ли оно все уместные точки зрения? (Возможные точки зрения включают точку зрения сообщества или социума, а также точки зрения пациентов и плательщиков третьей стороны. Другие точки зрения также могут быть существенными в зависимости от конкретного анализа.)

4.3. Были ли включены капитальные расходы, а также эксплуатационные расходы?

5. Были ли затраты и последствия точно измерены в соответствующих физических единицах (например, часы времени по уходу, число посещений врачей, потерянные рабочие дни, увеличенная продолжительность жизни)?

5.1. Были ли какие-либо из идентифицированных позиций опущены из измерения? Если так, означает ли это, что они не несли никакого веса в последующий анализ?

5.2. Имели ли место какие-нибудь особенные обстоятельства (например объединенное использование ресурсов), которые затруднили измерение? Были ли эти обстоятельства обработаны соответственным образом?

6. Были ли достоверно оценены затраты и последствия были?

6.1. Были ли источники всех величин ясно идентифицированы? (Возможные источники включают рыночные затраты, предпочтения и взгляды пациентов или клиентов, взгляды определяющих политику чиновников и суждения работников здравоохранения.)

6.2. Использовались ли рыночные стоимости для изменений, вовлекающих ресурсы, полученные или израсходованные?

6.3. Там, где отсутствовали рыночные стоимости (например, добровольная рабочая сила), или рыночные стоимости не отражали фактических ценностей (такие как места в клинике, предоставленные по льготному тарифу), были ли произведены корректировки для аппроксимации рыночных стоимостей?

6.4. Была ли оценка последствий надлежащей в отношении изложенного вопроса (то есть, был ли избран соответствующий тип или типы анализа - эффективность затрат, выгодность затрат, полезность затрат -)?

7. Были ли затраты и последствия скорректированы в отношении дифференцированного выбора времени?

7.1. Были ли затраты и последствия, которые произойдут в будущем, "дисконтированы" к их существующим величинам?

7.2. Была ли дана какая-нибудь оценка используемой учетной ставке?

8. Были ли выполнен пошаговый анализ затрат и последствий альтернатив?

8.1. Были ли дополнительные затраты (стоимости приращения), созданные одной альтернативой над другой, сравнены с произведенными дополнительными результатами, выгодами или удобствами?

9. Был ли сделан допуск на неопределенность в оценках затрат и последствий?

9.1. Если данные в отношении затрат или последствий были стохастическими, были ли выполнены соответствующие статистические исследования?

9.2. Если использовался анализ чувствительности, была ли произведена оценка диапазонов значений (для ключевых параметров исследования)?

9.3. Были ли результаты исследования чувствительны к изменениям величин (в пределах принятого диапазона для анализа чувствительности, или в пределах доверительного интервала вокруг отношения затрат к последствиям)?

10. Включало ли представление и обсуждение результатов исследования все проблемы, которыми озабочены пользователи?

10.1. Били ли заключения анализа основаны на некотором общем индексе, или отношении затрат к последствиям (например, отношении эффективности затрат)? Если да, интерпретировался ли такой индекс разумно или механистическим способом?

10.2. Были ли сравнены эти результаты с результатами других, которые исследовали тот же самый вопрос? Если да, были ли сделаны допуски на потенциальные различия в методике исследования?

10.3. Обсуждало ли исследование степень, до которой результаты могли быть обобщены к другим заданным параметрам и группам пациентов/клиентов?

10.4. Ссылались ли исследование на, или принимало во внимание, другие важные факторы при выборе или рассмотрении решения (например, распределение затрат и последствий, или уместные этические проблемы)?

10.5. Обсуждало ли исследование проблемы осуществления, такие как выполнимость принятия привилегированной данной программы, существующие финансовые или другие ограничения, и могли ли какие-нибудь высвобожденные ресурсы быть повторно использованы в других стоящих программах?

Упражнение 1

Выберите опубликованную экономическую оценку курсов лечения или программ здравоохранения, существенный для Ваших собственных исходных параметров, и оцените его качество, используя контрольный список, приведенный в Таблице 1. В ответе на каждый из главных десяти вопросов дайте Ваш ответ (укажите *да/нет/не знаю*), и представьте краткий комментарий в отношении основных сильных сторон и слабостей исследования.

Использование экономической оценки при принятии решения в здравоохранении

Существование исследований с хорошей методологией – это необходимое, но не достаточное условие для того, чтобы экономическая оценка была полезной при принятии решений в здравоохранении. Кроме того, необходимо идентифицировать механизмы принятия решений, в которых могло бы, в принципе, использоваться экономическое подтверждение. Они, вероятно, будут отличаться для различных исходных параметров, но ряд их обсужден ниже, с примерами того, как использовались результаты экономической оценки.

Планирование средств обслуживания специалистами или определенных технологий

Этот механизм является, очевидно, наиболее уместным для технологий "дорогостоящего товара" (технологии с одним крупным финансовым обязательством, таким как основные единицы оборудования) и для тех систем здравоохранения, где центральный или местный орган власти имеет полномочия влиять на решения о расположении (скажем) агрегатов хирургии на открытом сердце, интенсивной терапии новорожденных или средств обслуживания специалистов по диагностике. Хотя такие полномочия существуют, прежде всего, в системах общественного здравоохранения, или в системах с национальным планом страхования от болезней, также могут иметься возможности влиять на решения в "либеральных" системах здравоохранения, если развитие средств обслуживания специалистами требует или существенного медицинского финансирования исследований, или большого количества пациентов, счета которых оплачиваются правительством.

Существует ряд способов, которыми экономический анализ мог бы внести свой вклад в решения о числе и расположении средств обслуживания специалистами. Во-первых, есть вопрос оптимального размера таких средств обслуживания, где информация о форме кривой долгосрочных средних затрат была бы полезной, хотя, по-видимому, нельзя пренебрегать затратами (понесенными системой здравоохранения или пациентами) на поездки к средствам обслуживания специалистами. Это предлагает исследование, посредством экономического анализа, другого выбора: это транспортировка пациентов к средствам обслуживания специалистами как альтернатива предоставлению большего числа средств обслуживания ближе к большему крупным центрам скопления населения.

Исключение технологий из общественной компенсации

Этот механизм может быть применен и к дороговому товару, и к технологиям малых объемов. В ряде стран имеются организации, которые принимают решение о пригодности новых технологий для общественного финансирования. Кроме того, страховщики здравоохранения в некоторых странах управляются центральной организацией (например, Совет Фонда на Болезни в Нидерландах). В принципе, такие органы могли бы рассмотреть подтверждение по затратам вместе с эффективностью, принимая решения о размере "пакета" страхования здоровья.

Есть свидетельство того, что это начинает происходить. Первый пример - Нидерланды, где Исполнительный орган Страхования от болезней уполномочил ряд экономических оценок (4). Однако, не следует преуменьшать проблемы. Важно, чтобы такие органы имели ясные установки в отношении рассмотрения эффективности затрат. Кроме того, независимо от того, является ли определенная технология наиболее эффективной с точки зрения затрат, подход к лечению пациента часто может зависеть от определенных обстоятельств, таких как серьезность состояния пациента или диагностические и терапевтические процедуры, которые уже были применены.

В Австралии и Канаде (Онтарио) были предложены руководящие принципы для фармацевтической промышленности по подготовке экономических анализов, которые подлежат включению в материалы, представляемые правительственной комиссией, принимающей решение о компенсации фармацевтических препаратов (2). Следует показать, что новый препарат дает хорошее соотношение цены и качества до того, как он будет внесен в национальные или провинциальные формуляры. Эти инициативы политики демонстрируют, что правительства начинают серьезно относиться к подтверждению соотношения цены и качества, и что могут быть определены руководящие принципы для того, чтобы предпринять соответствующие исследования. Компании, желающие продавать продукт, все более и более принуждаются нести бремя доказательства того, что продукт безопасен и клинически эффективен, и стоит уплаченных за него денег.

Реформирование схем оплаты учреждений здравоохранения (особенно больниц)

Одной из самых существенных реформ за последние несколько лет было движение в сторону предполагаемой компенсации больницам, самой известной схемой в котором является та, которая основана на связанных диагнозом группах (СДГ), управляемая программой Медикэр в Соединенных Штатах. Следовательно, расчет ставок компенсации мог бы принять во внимание подтверждение об относительной эффективности затрат альтернативных методов лечения для клинических условий, и это подтверждение должно распространяться более активно. В настоящее время существует, возможно, слишком сильная тенденция к установлению ставок и оставлять больницам необходимость справиться с последствиями. Это потенциально неэффективно, особенно если больницы принимают решения, основанные на их собственных затратах и выгодах, а не на затратах и выгодах общества в целом. Это вновь подтверждает важность выполнения экономических оценок с нескольких точек

зрения, включая точку зрения общества в целом, с тем, чтобы могли быть изобретены соответствующие побудительные структуры для ключевых участников в системе здравоохранения, как упомянуто выше.

Изменение систем оплаты профессионалов здравоохранения

В странах, где оплата врачам происходит по системе платы за услуги, или где производятся специальные дополнительные платежи за некоторые услуги, существовала озабоченность, что система оплаты приводит к несоответствующему использованию технологии. Некоторые аналитики предлагают, чтобы эта система приводила к вызванному поставщиком спросу. Другие озабочены тем, чтобы вознаграждение врачу было относительно выше за время, проведенное с использованием дорогой технологии, чем за время, проведенного в разговорах с пациентом или давая рекомендации. Учитывая эти беспокойства, удивительно, что было проведено относительно небольшое количество исследований платежных ведомостей и предпринято немного попыток их изменить. Например, было бы интересно исследовать, есть ли последовательные стимулы (не выраженные явно в платежных ведомостях), направленные на поощрение врачей проводить их время с использованием дорогой технологии, знают ли врачи об этих стимулах, и влияют ли они на их поведение. Это стало бы важным предшественником исследований того, как платежная ведомость могла бы использоваться более настойчиво с тем, чтобы изменить клиническую практику в направлении большей эффективности затрат, отзывая оплату за процедуры, о которых известно, что они являются неэффективными, и предлагая привлекательные выплаты за процедуры, в отношении которых известно, что выгоды превышают затраты. Подход эффективности затрат может также быть полезным в системах здравоохранения, где врачам, главным образом, платится жалование.

Разработка руководящих принципов практики здравоохранения

Несколько лет назад Европейский Региональный Офис ВОЗ рассмотрел схемы, работающие в ряде стран, в целях потенциала для включения экономических критериев (5). Две схемы были особенно интересны: скандинавские образцовые программы здравоохранения, где разработаны руководящие принципы управления ключевыми болезнями, такими как гипертония; и схемы аудита в медицине, разработанные Национальной Ассоциацией Обеспечения Качества в Больницах в Нидерландах (СВО), где группам врачей предоставляется техническая поддержка для рассмотрения местных клинических методов. В обоих случаях было получено свидетельство того, что экономические критерии могли быть включены в разработку руководящих принципов, и что делались попытки оценить воздействие руководящих принципов с точки зрения эффективности затрат.

Существуют другие примеры экономической оценки, используемой с тем, чтобы помочь разработать руководящие принципы, рекомендованные медицинскими органами, такие как работы Эдди (6) по скринированию рака, и работа, выполненная Королевским Колледжем Радиологов (7) в Великобритании по обычным рентгеновским снимкам черепа пациентов, принятых в отделения скорой помощи с повреждениями головы. На фоне увеличивающегося давления на бюджеты здравоохранения, нет никакой причины к тому, чтобы не поощрялось больше исследований. Влияние профессиональных органов и лидеров медицинских мнений, вероятно, были недостаточно использованы теми, кто предпринимает экономическую оценку, и теми, кто финансирует исследования в области медицинского обслуживания.

Важность экономической оценки в решениях в клинической практике исследуется далее в ряде статей, изданных в Журнале Американской Медицинской Ассоциации (8,9). Они используют пример разрабатываемых руководящих принципов на уровне больницы

для использования активатора плазминогена тканевого типа (t-РА) при лечении острого инфаркта миокарда.

Упражнение 2

Рассмотрите выделенные выше механизмы принятия решения, и любые другие, свойственные Вашим собственным установкам.

(a) Есть ли какие-нибудь примеры, в Вашей группе, подтверждения экономической оценки, используемого при принятии решения? Если да, как это подтверждение использовалось, и каков был результат?

(b) Видите ли Вы какой-нибудь значительный потенциал для того, чтобы использовать подтверждение экономической оценки в Вашей группе? Каковы главные барьеры к более широкому использованию экономической оценки, и как они могут быть преодолены?

Экономическая оценка «производящих здоровье» мер в различных секторах экономики

Разделы в Главе 2 обсуждали связи между здоровьем, здравоохранением и более широкой экономикой. Из этого обсуждения ясно, что деятельность в других секторах может или произвести, или уменьшить здоровье. Поэтому, если бы цель состояла в том, чтобы улучшить здоровье, было бы неблагоразумно концентрироваться исключительно на деятельности в секторе здравоохранения. Могло бы быть более эффективно, как минимум, вкладывать капитал в продвигающие здоровье меры за пределами сектора здравоохранения.

В Соединенных Штатах, Тенгс и др. (10) обратились к этой проблеме. Они произвели ранжирование более 500 вмешательств по спасению жизни, расположенных по порядку с точки зрения их возрастающих затрат на год спасенной жизни. Они включали не только вмешательства в секторе здравоохранения, но и других - в дорожной безопасности, защите окружающей среды и профессиональном здоровье. Сокращенная версия их данных приведена в Таблице 2. Можно заметить, что подразумеваемая цена спасения года жизни сильно различается между различными вмешательствами.

Упражнение 3

Рассмотрите данные в Таблице 2.

(a) Каковы главные преимущества и недостатки этого типа анализа? Когда недостатки перевешивают преимущества, какой анализ Вы предложили бы вместо этого?

(b) Предположите на мгновение, что данные анализа, приведенного в работе Тенгс и др. применяются к Вашей группе, какие механизмы пришлось бы осуществить, чтобы обеспечить более рациональное использование ресурсов (в улучшенном здоровье) по всем секторам?

Таблица 2. Затраты на год жизни по вмешательствам по спасению жизни в различных секторах

<u>Вмешательство</u>	<u>Расходы/год жизни(US\$)</u>
Сокращение числа фатальных травм	
Закон об обязательном использовании ремня безопасности и детских кресел	98
Датчики дыма в уборных самолета	30
Расширение обочин на сельских дорогах с двумя полосами до пяти футов против двух футов	12
Ремни безопасности для пассажиров в школьных автобусах	2
Стандарт воспламеняемости для детской одежды размеров 7-14	15
Контроль токсинов	000 000
Уменьшение содержания свинца в бензине с 1,1 до 0,1 граммов на этилил. галлон	50
Запрет использования асбеста в тормозных колодках	29
Контроль выбросов бензола на фармацевтических заводах	46
Запрет использования асбеста в нитках, пряже, и т.д.	34
Контроль выбросов радионуклида в отопляемых углем промышленных котлах	26
Здравоохранение	000 000
Иммунизация кори, свинки и краснухи у детей	50
Бета-блокирование у переживших инфаркт миокарда	85
Постхирургическая химиотерапия для предклиматерических женщин с раком молочной железы	18
Ежегодная мастография женщин в возрасте 55-64 лет	11
<u>Экранирование серповидного эритроцита у новорожденных</u>	<u>65</u>

Экономическая оценка: соединение теории и практики

В этом разделе обсуждены и методологические особенности экономической оценки и ее потенциал для использования при принятии решений. Могут быть сделаны следующие выводы.

(i) Принятие решений в здравоохранении неизбежно затрагивает ряд социальных, экономических и политических рассуждений. Оценки эффективности затрат альтернативных методов лечения и вмешательств будут, поэтому, будут всегда только частью общего решения.

(ii) Несмотря на это скромное стремление к экономической оценке, важно, однако, чтобы результаты исследований были надежными. Поэтому, следует придерживаться методологических принципов, выделенных в части 1 этого раздела.

(iii) В дополнение к соблюдению важных методологических принципов, должны быть сделаны экономические оценки, важные для собственного усмотрения лица, принимающего решение в здравоохранении. Эта проблема обсуждается далее в Разделе 4.3.1 по разработке и распространению технологии здоровья,

(iv) Были обсуждены несколько механизмов использования экономической оценки при принятии решений в здравоохранении. Хотя могут быть приведены несколько примеров использования экономической оценки (например, при решении о компенсации фармацевтических препаратов в Австралии), в большинстве случаев потенциал для использования больше, чем фактическое использование.

Часть этого неизрасходованного потенциала может возникнуть из-за проблем с экономической методологией оценки, обсужденной выше. Однако, главная причина недостаточного использования – это то, что процедуры принятия решений в здравоохранении легко не включают свидетельство какого-либо описания. Поэтому, принимающим решения должностным лицам, консультирующимся с этим разделом, следует поразмышлять над процедурами принятия решения, действующими в их

собственных странах, с тем, чтобы оценить потенциал для включения экономических и других форм подтверждения.

Ссылки

1. МАРК, Д. В. и др. Экономическая эффективность тромболитической терапии с активатором плазминогена тканевого типа по сравнению со стрептокиназа при остром инфаркте миокарда. *Журнал Медицины Новой Англии*, 332 (21): 1418-1424 (1995).
2. ДРАММОНД, М. Ф. и др. *Методы экономической оценки программ здравоохранения*, 2-я редакция. Оксфорд, Издательство Оксфордского университета, 1997.
3. ГОЛД, М. Р. и др., ред. *Экономическая эффективность в здоровье и медицине*. Нью-Йорк, Издательство Оксфордского университета, 1996.
4. ХААН, Г. и РОТТЕН, Ф. НЕТ лечения - нет оплаты: приемлемый способ финансировать лечение фертильности? *Политика здоровья*, 13: 239-249 (1989).
5. *Руководящие принципы практики здравоохранения в отношении эффективности затрат*. Копенгаген, Европейский Региональный Офис ВОЗ, 1981 (Европейские Сообщения и Исследования, Номер 53).
6. ЭДДИ, Д. Экранирование рака: теория, практика и проект. Энглвуд Клиффс, Нью-Джерси, Прентис-Холл, 1980.
7. КОРОЛЕВСКИЙ КОЛЛЕДЖ РАДИОЛОГОВ. Затраты и выгоды рентгена черепа при травмах головы. *Ланцет*, п.п.: 791-795 (1980).
8. ДРАММОНД, М. Ф. и др. *Руководство пользователей медицинской литературы. XIII: Как использовать статью по экономическому анализу клинической практики. А: Корректны ли результаты исследования?* *Журнал Американской Медицинской Ассоциации*, 277 (19): 1552-1557 (1997).
9. О'БРАЙЕН, Б. Дж. и др. *Руководство пользователей медицинской литературы. XIII: Как использовать статью по экономическому анализу клинической практики В: Каковы результаты и помогут ли они мне при лечении моих пациентов?* *Журнал Американской Медицинской Ассоциации*, 277 (22): 1802-1806 (1997).
10. ТЕНГС, Т.О. и др. *Пятьсот вмешательств по спасению жизни и их экономическая эффективность*. *Анализ риска*, 15 (3): 369-389 (1995).

5.4 МОДЕЛИРОВАНИЕ

5.4.1 ЭКОНОМИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ И ПРОГНОЗ

Райнер Лейдл¹⁷

Ключевые сообщения

- Экономические модели могут поддержать разработку политики и принятие решения.
- Прозрачные проблемы структуры моделей делают явными используемые предположения и объясняют предполагаемые последствия.
- Модели решения помогают соответствующему лицу, принимающему решение, выбрать лучшую стратегию среди ясно определенных альтернатив.
- Модели сценария обеспечивают подход к рассуждению в ситуациях, характеризующихся неопределенностью, сложностью и даже нехваткой данных.

¹⁷ Этот раздел был подготовлен профессором Райнером Лейдлом, Факультет экономики здравоохранения, Университет Ульма, Германия (электронная почта: Reiner.Leidl@mathematik.uni-ulm.de). Автор благодарен членам Рабочей группы по Развитию Экономики Здоровья ВОЗ, Обучающим Разделам и сотрудникам Факультета экономики здравоохранения за комментарии к более ранним версиям этого раздела.

Основанные на рассуждении "что-если", они описывают возможные события. Модели болезни описывают эпидемиологические и экономические процессы, связанные с болезнью и вмешательством в здоровье у населения. Обе такие как модели могут предоставить понимание определяющим политику чиновникам.

- Эконометрические модели описывают ряд статистических методов количественного эмпирического анализа. Они служат аналитическим целям, например, посредством измерения влияния детерминантов на переменное заданное значение или прогнозирования значений переменной.

- С тем, чтобы обеспечить высококачественную поддержку лицам, принимающим решение, должны надлежащим образом и адекватно использоваться и методы, и результаты модели. Достижение этой цели требует методологической экспертизы, экспертизы в исследуемой проблеме здоровья и экспертизы в поддержке решений.

Примечания наставников

Ключевыми учебными целями данного раздела являются следующие:

- признать уместность моделирования в поддержку принятия решений в здравоохранении, критерии качества для хороших подходов моделирования и ограничения моделирования предоставления информации лицам, принимающим решение (общие замечания);

- понять, как может быть количественно сформулирована простая, точно определенная и статическая проблема экономического решения, как может быть вычислен ее результат и как он может интерпретироваться для использования в принятии решений (анализ Решения);

- разработать идею в отношении того, как сложные проблемы решений в здравоохранении и в политике в области здоровья могут быть упрощены и количественно подкреплены путем моделирования, и как модели могут быть затем далее расширены в подходе на основе раздела (сценарный анализ и моделирование болезни);

- разработать идею в отношении роли традиционных статистических методов моделирования (то есть, эконометрики в случае экономических вопросов) при анализе данных и испытании теоретических гипотез на основе хорошо установленных количественных методов (Эконометрические модели).

Для лучшего понимания различных подходов в моделировании и их возможных ограничений при их использовании для поддержки принятия решений, рекомендуется, чтобы участники обсудили практические примеры, включенные в текст. Акцент должен быть сделан и на технических аспектах моделирования и вычисления, и на последствиях использования этой информации для принятия решения. Важно подчеркнуть все критические аспекты подходов моделирования, но следует также рассмотреть и то, на какой информации базируется принятие решения, когда моделирование не используется. Вместе с примерами, также предложено, чтобы участники попробовать решить упражнения, главные результаты которых приведены в конце этого раздела. Наставникам далее рекомендуется рассмотреть тексты, предложенные в ссылках, и дополнительную литературу (если они еще не охвачены).

Общие замечания по экономическому моделированию

Этот раздел предназначен для того, чтобы дать читателям оценку широкого диапазона количественных методов в экономическом анализе. Проблемы моделирования исследованы только с прикладной точки зрения, с акцентом на поддержке принятия решений в здравоохранении. Соответственно, читатели, которые не знакомы с формальной стороной количественного анализа, могут развить понимание требуемого опыта, когда решения должны быть поддержаны тщательной научной работой. Формальная обработка представленных количественных методов лежит за пределами

сферы настоящей работы. Читателям, однако, предлагается рассмотреть простые примеры (и упражнения), представленными в этом разделе, с тем, чтобы развить более конкретное понимание методов, лежащих в основе результатов экономического моделирования. Первое понимание моделирования, его потенциала и ограничений лучше всего достигается при работе с его инструментами.

Некоторым моделирование экономических проблем может показаться одним из фольклорных танцев, исполняемых в академических башнях из слоновой кости. Но рассмотрите следующие вопросы. Будет ли основное использование нового лечения, например, уничтожение привратниковой геликобактерии у каждого пациента, страдающего диспепсией, снижать или увеличивать затраты здравоохранения? Какое воздействие стареющего населения окажет на финансирование здравоохранения в предстоящие десятилетия? Какие детерминанты затрат здравоохранения являются самыми важными? Ответы на эти вопросы могут иметь большую важность для лиц, принимающих решения в системе здравоохранения. Поставленные проблемы могут, однако, быть сложными, вовлекать долгосрочные разработки и предлагать некоторые данные, которые могут оказаться подходящими для анализа. Короткое рассмотрение быстро обнаруживает, что немедленные ответы на вышеупомянутые вопросы могут полагаться только на оценки "экспромтом", основание для которых остается неясным. Эксперименты и эмпирический анализ их результатов вряд ли могут проводиться с этими типами проблем. Таким образом, существуют случаи, где моделирование может быть единственной реалистической альтернативой, оставленной для умозаключений, базирующееся на научной точки зрения.

Рациональное принятие решения должно основываться на наилучшем доступном свидетельстве. Моделирование - это прозрачный и рациональный способ рассуждать в сложных ситуациях, в которых другое соответствующее свидетельство не доступно. Имеются также ограничения к подходам при моделировании и, как следствие, к использованию их результатов. Все же прежде, чем полностью игнорировать такие подходы из-за их ограничений, следует рассмотреть, на каком типе и на каком качестве информационных решений можно базироваться, если моделирование не используется. Модели могут предоставлять для лиц, принимающих решение, дополнительную информацию, которая может наилучшим образом использоваться, принимая во внимание и ее ограничения, и подтверждение, доступное иным образом.

Существует широкий диапазон методов моделирования, которые могут использоваться по вопросам здравоохранения, и существует много различных типов экономических решений на различных уровнях системы здоровья, которая может быть поддержаны посредством моделирования. Является ли надлежащим подход моделирования, чтобы сообщить, что решение в общем не может быть принято, но будет зависеть от типа доступного результата и от поставленного на карту решения. Результаты моделирования направлены на то, чтобы сообщать лицам, принимающим решение, о экономических аспектах проблем, требующих их решений, например, затраты и эффекты, связанные с альтернативными вариантами лечения, требуемая вместимость больниц или главные детерминанты параметра политики, такие как расходы здравоохранения. В этом разделе будут представлены несколько главных типов подхода к моделированию и показаны примеры их применения.

Объяснение, предсказание и моделирование - вот главные общие цели экономических моделей. Даже до объяснения, прогнозирования и моделирования, однако, моделирование производит некоторые важные авансы. Модели требуют, чтобы исследователь ясно структурировал проблему, сделал исследуемый вопрос прозрачным и объяснил используемые методы. Применение модели должно включить раздел о сильных сторонах и слабостях выбранного подхода. Модели, таким образом, разъясняют способы и методы, которыми найдены ответы на сложные проблемы.

Высококачественные модели делают это способом, который полностью понятен аудиторией такой модели.

Как и другие подходы, используемые для информирования при принятии решения, модели могут иметь некоторые недостатки. Они могут отвлечь аналитика или читателя к техническим вопросам, и они могут увести аудиторию от поставленной на карту проблемы. Плохие модели могут упустить главные уместные позиции, которые предстоит исследовать. Еще хуже, некоторые модели могут сделать предположения, которые являются слишком простыми для отражения действительности, и могут, таким образом, предложить заключения по политике, выведенные из неадекватной аналитической структуры. В дополнение ко всем этим проблемам, модели могут, тем не менее, производить впечатление глубокой науки из-за формальной элегантности подхода, который они представляют. Соответственно, лица, принимающие решение, должны хорошо знать о качестве доступных моделей - которые, в конце концов, они могут использовать или игнорировать в своих решениях.

Помимо общих моментов за и против моделирования, существует множество технических аспектов, которые нужно рассмотреть в подходах к моделированию. Наиболее существенная отправная точка - это то, адекватно ли отражает теоретическая структура модели основную причинную структуру исследуемой проблемы. Эта теоретическая структура должна быть настроена прежде, чем будет проводиться количественный анализ - имеются статистические методы поиска, которые помогают определить наилучшую теоретическую структуру для модели. Соответственно, должно быть решено, состоит ли цель модели в том, чтобы исследовать наилучшую теоретическую структуру, или она заключается в проверке опытным путем хорошо обоснованной теории. Последняя имеет тенденцию представлять больше интереса для лиц, принимающих решение, чем первая (который может характеризовать более раннюю фазу в научной работе).

Модели должны ясно формулировать свою цель и оправдывать их теоретический базис. Сложные модели могут состоять из ряда моделей, которые должны согласовываться в отношении определений и переменных, которые они используют. В любом случае эмпирического моделирования, должно быть тщательно проверено качество используемых данных и индикаторов. Это включает исследование таких критериев, как корректность, надежность, целостность и репрезентативность. Лица, принимающие решение, должны рассмотреть эти качественные критерии при оценке информации, которую вносит модель.

В целом, модель должна быть реализована настолько прозрачно, насколько это возможно. Она должна, таким образом, ясно указывать свою структуру, используемые методы, ввод данных, аналитические процедуры, результаты и интерпретацию. Допущения должны быть обсуждены и хорошо обоснованы. Результаты должны быть проверены. В стохастических моделях (которые содержат элементы вероятности), это может быть достигнуто путем вычисления и сообщения о доверительных интервалах. В детерминированных моделях используемые допущения должны варьироваться в пределах диапазонов вероятности. Такое применение называют анализом чувствительности. Этот анализ может проводиться с индивидуальными переменными, или с комбинациями более, чем одной переменных, модели. В любом случае, избранные переменные и диапазоны, вычисленные в анализе чувствительности, должны быть хорошо подтверждены. Влияние этих изменений на результаты должны быть тщательно исследованы и сообщены. Лица, принимающие решение, должны иметь представление о диапазоне неопределенности, окружающем информационный базис их решений.

Последним по очереди, но не последним по важности, должно быть ясно указано, для какого контекста решения результаты модели считаются полезными, и какие ограничения могут быть предсказаны. Некоторые модели могут прямо поддержать выбор

между альтернативными решениями, а некоторые могут более подходить для того, чтобы провести определяющих политику чиновников через ситуации, которые, вероятно, придется разрешать. Вообще, лица, принимающие решение, должны проверить, является или нет подход модели соответствующим и полезным в контексте принятия решения. Как пример фокусирования исследования, эффективность затрат, вытекающая из модели решения, которая принимает во внимание возрастную структуру застрахованного населения, могла бы быть более полезна для страховщика здоровья, чем результаты, полученные из экспериментального исследования, которое бы предоставило более твердое свидетельство, но обрисовало бы пациентов различной возрастной структуры. Лица, принимающие решение, должны оценить уместность результатов моделей для их намеченного использования.

Могут быть ситуации, где модели – это единственный прозрачный и рациональный способ решать сложные проблемы. Чтобы обеспечить методологическое качество моделей и их пригодность к исследуемой проблеме, моделирующие подходы должны столкнуться с такой же научной строгостью, как и традиционный эмпирический анализ эксперимента. И в анализе экспериментов, и в моделировании, нужно проявить тщательность при рассмотрении вопросов проекта, соответствующей структуры анализа и качества данных и индикаторов. Лица, принимающие решение, могут использовать контрольный список, приведенный в Таблице 1 для немедленного контроля информации, предоставленной подходом моделирования. Им следует знать, что компетентная научная оценка определенной модели потребовала бы детализированной технической экспертизы, которая не может быть получена из этого краткого обзора. То, что может быть получено, однако, это понимание важных проблем, которые подлежат оценке и управлению при поддержке решений на основе экономических моделей.

Таблица 1. Восемь контрольных точек для рассмотрения подходов в моделировании лицами, принимающими решение

1. Адекватно ли предназначена модель для того, чтобы внести свой вклад в интересующую проблему?
2. Подкреплена ли модель соответствующей теорией и подтвержденной структурой?
3. Использует ли модель высококачественные данные и индикаторы?
4. Последовательно ли связаны отдельные разделы друг с другом?
5. Хорошо ли документированы проект модели, методы, входные данные и анализы?
6. Учтена ли надлежащим образом неопределенность?
7. Является ли анализ модели соответствующим контексту решения?
8. Как качество результатов модели сравнивается с другими источниками подтверждения?

В итоге, модели должны быть должным образом реализованы и адекватно использованы. Чтобы оценить методы и использование моделей в здравоохранении, лицо, принимающее решение, нуждается в методологической экспертизе, экспертизе в исследуемой проблеме здоровья и экспертизе того, как поддержать решения результатами модели. Учитывая эти предварительные условия, модели могут значительно улучшить состояние доступной информации и поддержать принятие решения прозрачным и рациональным способом.

Дальнейшая структура этого раздела

Существует, конечно, много различных проблем и много различных типов моделей. Модели здравоохранения могут быть направлены на индивидуальных пациентов или на население. Статические модели сосредотачиваются на одной точке во времени, динамические модели интегрируют время как переменную и рассматривают курс модели в течение времени. Сложные модели могут описывать и объединять много

различных областей, относящихся к проблеме, тогда как простые модели могут сконцентрироваться только на основной проблеме и игнорировать другие аспекты. Из широкого разнообразия моделей, этот раздел представляет три главных подхода в моделировании и кратко описывает основные технические аспекты каждого. Это сопровождается простым упражнением.

Раздел по анализу решения представляет количественный анализ статической проблемы решения. Используемый пример - это простая модель дерева решения, описывающая выбор медицинского вмешательства с экономической точки зрения. Раздел по анализу сценария и моделированию болезни обсуждает более общие формы моделей. Простой пример показывает воздействие демографии на затраты и финансирование в системе здоровья. Заключительный раздел посвящен традиционному эконометрическому анализу. Этот метод широко принят для анализа и прогнозирования. Используемый пример обращается к часто исследуемой проблеме, объяснению уровня расходов в здравоохранении.

Анализ решения

Анализ решения направлен на наилучший выбор между четко определенными альтернативами решения. Он заинтересован в детальном и прозрачном описании всех частей решения. Оно включает события, которые могут произойти, воздействие этих событий, тип и число соответствующих лиц, принимающих решение, их предпочтения и правила, которые применяются в процессе принятия решения. Когда такой подход применяется в ситуациях неопределенности, со сложными последовательностями событий, многовариантными предпочтениями и участия нескольких лиц, принимающих решение, анализ может оказаться очень сложным. Представленная здесь является простой моделью, которая включает основную идею в отношении анализа решения: дерево решения. Простая модель дерева решения характеризуется последовательностью событий, которые происходят только однажды, и не включает никаких петель обратной связи. Более сложные типы моделей, где, например, когорты пациентов проходят через различные стадии болезни, но могут возвратиться к более ранним стадиям, здесь не рассматриваются.

В модели дерева решения должна быть четко определена проблема, к которой будут обращаться. Она включает спецификацию выборов, которые могут быть сделаны, возможные события и последовательности событий, которые могут произойти, вероятности появления событий, и воздействие интересов, которые связаны с этими событиями. В экономической оценке этими воздействиями были бы влияния на затраты и здоровье. В результате вычисления взвешенных вероятностью результатов различных возможных выборов ("стратегий"), может быть выбрана наилучшая стратегия (например, стремление, к минимальным затратам на полученный эффект в отношении здоровья). Много предположений могут быть включены в дерево решения. Чтобы оценить воздействие предположений на результаты, настоятельно рекомендуется, чтобы разнообразие предположений было исследовано до возможных экстремальных значений. Однако, диапазоны предположений, исследованных в этом так называемом анализе чувствительности, должны быть хорошо подтверждены.

Теоретические модели в отношении решения имеют потенциал по объединению лучших доступных данных, с тем, чтобы дать возможность провести рациональные сравнения выборов в сложных ситуациях решения. Их критиковали за то, что они часто основаны на не данных, измеренных при проведении экспериментов, но на допущениях (иногда сырых). Было рекомендовано, чтобы эти модели использовались в случаях, где эксперименты с прямыми измерениями не осуществимы. В максимально возможной степени, данные экспериментальных исследований должны использоваться как входные данные к моделям решений.

Пример 1: Дерево решения

Предположите, что, в некотором населении, проблему болезни можно решать, или применяя терапию с использованием нового препарата с некоторыми серьезными побочными эффектами, или не делая ничего. Отсутствие мер вызывает 2%-ую смертность от болезни, в то время как только одна пятая оставшихся в живых восстанавливает полное здоровье. При применении терапии препарата смертности увеличивается до 3 % из-за побочных эффектов, но четырех пятых случаев будут полностью излечены. Для тех, кто достигает полного здоровья, могут ожидать, в среднем, еще 20 лет жизни. Те, которые выживают, но не являются полностью вылеченными, остаются хронически больными и имеют продолжительность жизни 10 лет. Терапия препарата стоит 28 500 долларов США.

Эти данные могут использоваться для того, чтобы поддержать решение в отношении поставок препарата в системе здравоохранения. Оценено, что, в отношении ряда осуществляемых в настоящее время вмешательств в этой системе, затраты на добавленный год жизни медицинского обслуживания превышают 5000 долларов США. Учитывая это, может быть сделано ясное предложение в отношении того, нужно или нет предоставлять терапию этого нового препарата?

Начиная с вышеупомянутых данных, проблема решения может быть точно структурирована согласно дереву решения на рис. 1. О событиях после выбора для вмешательства препарата или для того, чтобы вообще ничего не делать, ничего не сообщается с точки зрения смертности и выживания, последние дифференцируются по выживанию в состоянии полного здоровья и выживанию в состоянии хронической болезни. Сообщается о вероятностях каждого случая. Полная вероятность случая в конце ветви может быть вычислена посредством умножения вероятностей событий, через которые проходят ретроспективно с конца ветви назад к корню дерева, то есть начального выбора того, использовать препарат, или нет.

Рис. 1. Дерево решения для экономической оценки лечения лекарственными препаратами

Лекарственная терапия	Выжившие (97%) Умершие (3%) (вероятностная модель)	Здоровые (80%) Больные (20%)	Результат: ПЖ = 20 лет, З = 28 500 долларов США
Существующая проблема здоровья	Принятое решение	Здоровые (20%) Больные (80%)	Результат: ПЖ = 10 лет, З = 28 500 долларов США
Отсутствие каких-либо мер	Выжившие (98%) Умершие (2%)	Здоровые (20%) Больные (80%)	Результат: ПЖ = 0 лет, З = 28 500 долларов США
			Результат: ПЖ = 20 лет, З = 0 долларов США
			Результат: ПЖ = 10 лет, З = 0 долларов США
			Результат: ПЖ = 0 лет, З = 0 долларов США

Умножая полные вероятности с результатом (затраты и влияния), связанным с каждой ветвью, можно подвести итог полным результатам по каждому выбору. Таким образом, может быть вычислен ожидаемый результат в отношении каждой стратегии.

Таким образом может быть вычислена дополнительная продолжительность жизни (Δ ПЖ) в годах, достигнутая в результате терапии препарата, и понесенные дополнительные затраты (Δ З). Вместе, эти два индикатора дают нарастающее отношение затрат на приобретенный год жизни для вмешательства с использованием препарата, в противоположность выбору ничего не предпринимать:

Δ ПЖ = $[0.97 * (0.8*20+0.2*10) + 0.03*0]$ лет - $[0.98 * (0.2*20+0.8*10) + 0.02*0]$ лет = 5,7 лет

Δ З = 28 500 долларов США

Δ З / Δ ПЖ = 5000 долларов США на приобретенный год жизни.

Поскольку затраты на приобретенный год жизни не превышают затрат, принятых в ряде существующих вмешательств, результат модели ничего не имеет против предоставления этого лечения с экономической точки зрения. Однако, допущения в модели следовало бы подробно обсудить, и их следовало бы варьировать с тем, чтобы узнать, насколько стабилен этот результат. Другим аспектом могло бы стать исследование воздействия терапии на связанное со здоровьем качество жизни. Для получения дальнейших подробностей в отношении экономической оценки медицинского вмешательства, читателю рекомендуется обратиться к Разделу 5.3.1 по экономической оценке.

Упражнение 1. Экономическое моделирование с целью минимизации стоимости лечения

В течение 1990-х происходило интенсивное обсуждение относительно того, как использовать недавно открытые методы препаратного лечения для уничтожения привратниковые геликобактерии (hp). Hp считается важным детерминантом расстройства желудка, пепсиновой язвы и даже рака желудка. Среди обсужденных проблем - вопрос о том, нужно ли вообще предлагать лечение по уничтожению всем страдающим диспепсией пациентам, у которых имеется положительная проба на hp, независимо от того, имеется ли свидетельство дальнейшей болезни. Предыдущее исследование, описывающее простую модель дерева решения и ограниченную экономическую оценку (1), сообщило о следующих данных (смоделирована только ветвь hp-экранирования и последующего лечения, и были приняты некоторые допущения с тем, чтобы облегчить вычисления):

Тест, который качественно идентифицирует всех hp-инфицированных, стоит 50 долларов США. Из испытанных диспепсических пациентов, у 30 % ожидается получение положительной пробы на hp. Применяя терапию препарата, стоящую 218 долларов США, к тем, у кого был получен положительный тест, будут уничтожены hp в 60 % случаев. Уничтожение предотвращает хроническое расстройство желудка и пепсиновую язву у 10 % пациентов и желудочную язву у 0,1 % пациентов (и не имеет никакого профилактического эффекта у остальной части пациентов). Затраты на лечение оцениваются в 5000 долларов США для хронического расстройства желудка, 7000 долларов США для пепсиновой язвы и 30 000 долларов США для рака желудка.

Учитывая эти данные, и минимизацию затрат как цель, должны ли быть внедрены hp-экранирование и стратегия лечения или нет? Какие ограничения Вы видите в лежащих в основе расчетах?

Сценарный анализ и моделирование болезни

Решения в отношении политики здоровья иногда должны приниматься в ситуациях существенной неопределенности, сложности, и дефицита данных и нехватки свидетельств о вмешательствах. Ранняя фаза глобальной эпидемии ВИЧ была одним из примеров. Сценарии могут дать полезное основание для того, чтобы разрешать такие

ситуации. Сценарный анализ характеризуется рассуждениями типа "что - если". Используя разнообразные допущения, прозрачно описано возможное развитие событий. Развитие событий главным образом касается будущего, но иногда также обращается к не известным эмпирически, или недостаточно хорошо понимаемым, прошлому или настоящему. Будучи примененным к системам здравоохранения, сценарный анализ часто показывает моделирование на популяционном уровне, включая описание населения и его проблемы здоровья, и обычно включает исследование будущих тенденций или альтернативных вмешательств.

Модели болезни обычно применяются к серьезным проблемам здоровья. Модели болезни требуют:

(i) подмодели об эпидемиологическом распространении болезни среди населения, например, модель фактора риска в стохастически возникающем заболевании, или модель распространения инфекционной болезни; и

(ii) подмодели по развитию болезни, рассматривающей будущий ход болезни в человеке после ее начала; она обычно включает как естественную историю болезни (то есть, ее ход без какого-либо вмешательства), так и ее курс после вмешательств здравоохранения.

Сценарный анализ и моделирование болезни могут стать весьма сложными. Они обычно требуют детализированного знания исследуемой проблемы, такого как детерминанты будущей потребности во врачах или воздействие на здоровье ранних вмешательств при ВИЧ инфекции. В следующем примере описан простой сценарный анализ. Важные аспекты, или разделы, для более всестороннего анализа рассмотрены далее.

Пример 2: Сценарный анализ демографического воздействия на финансирование здравоохранения

Население ряда стран стареет. До существенной степени, это следует из снижения коэффициентов рождаемости. Изменения в размере и составе населения будут влиять на использование здравоохранения, так же как и на затраты. Кроме того, общим способом финансировать здравоохранение является система "уплаты налогов при получении зарплаты": работающее население должно заработать доход, из которого финансируется здравоохранение в отношении всего населения, включая заботу о детях и пожилых. Сценарный анализ будущего использования здравоохранения, затрат и финансирования может предоставить весьма существенную информацию для чиновников, определяющих политику в отношении здоровья.

Рассмотрите следующее вымышленное население (Таблица 2) из 106 миллионов человек, которое испытывает 10%-ое сокращение рождаемости за период с 1998 по 2018 годы. В упрощенном примере указаны затраты на здравоохранения для детей (0-15 лет), работающего населения (16-64 года) и пенсионеров (65+ лет). Согласно системе "уплаты налогов при получении зарплаты", каждый член работающего населения должен внести 1925 долларов США (= общие затраты / работающему населению) на здравоохранение, чтобы покрыть затраты, понесенные этим населением. Замена цифр по населению за 1998 год популяционными проекциями на 2018 год дает справочный сценарий в отношении будущих затрат и взносов. Все остальное в этом упражнении остается постоянным - эпидемиология, технология здравоохранения, вместимость для медицинского обслуживания, а также предпочтения и поведение всех участников. Эти допущения носят весьма ограничительный характер, но перечисленные факторы не могут быть предсказаны одновременно в отношении следующих двух десятилетий. Это оставляет простую методологию введенной в качестве отправной точки, которая указывает "чистый" демографический эффект (2). Расширение этого анализа могло бы вовлечь изменение одного или большего числа из вышеперечисленных факторов в альтернативных будущих сценариях.

Упражнение 2

Начните со сценария, описанного в Таблице 2. Каков 20-летний темп роста взносов? Какое воздействие технический прогресс мог бы иметь на этот темп? Чтобы количественно определить это воздействие, примите следующие альтернативные сценарии, следующие из увеличения затрат технологии здравоохранения за эти два десятилетия (при прочих равных условиях):

Таблица 2. Демография, затраты на здравоохранение и финансирование населения, 1998 и 2018 годы

Возр	Населен в	Затраты на в долларах	Общая в долларов	Вклад в
год 1998				
0-15	10	1 000	10	-
16-	80	1 000	80	1 925
65 +	16	4 000	64	-
год 2018				
0-15	9	1 000	9	-
16-	66	1 000	66	2 470
65 +	22	4 000	88	-

(i) все затраты на здравоохранение по населению растут на 35 %, что соответствует ежегодному темпу роста, несколько превышающему 1,5 %;

и (ii) затраты на здравоохранение в отношении детей и работающего населения растут на 35 %, но затраты в отношении пожилых растут на 70 %, последнее соответствует ежегодному темпу роста почти на 2.7 %.

В свете проблем, которые возникают из сценариев, таких, как описанные выше, часто предлагается, что лучшей альтернативой могла бы быть система капитальных фондов. При этом подходе, вычисляются полные затраты на здравоохранение в отношении каждого лица на всем протяжении его или её жизни, и затем покрываются постоянной ставкой страхового взноса в течение всей жизни. С точки зрения моделирования, действительно ли легко и реалистично выбрать этот вариант?

В примере 2 проекции "демографического раздела" были объединены с цифрами из текущего "раздела затрат". Два допущения в отношении изменений в технологии и, как следствие, затраты дали основание для дальнейших сценариев. Моделирование изменений, отличных от демографических и затратных, может требовать использования дополнительных разделов, таких как "раздел эпидемиологии", при исследовании влияния изменений в заболеваемости и распространенности; "раздел использования здравоохранения", при исследовании воздействия на мощности здравоохранения; или "раздел влияний на здоровье", при проведении анализа соотношения затраты-эффект на популяционном уровне. Эти пять разделов перечислены в Таблице 3. Эта таблица также включает примеры уместных данных и индикаторов, которые должны быть идентифицированы при сборе эмпирической информации для использования в модели. Одно важное требование при сценарном анализе и моделировании болезни - это то, чтобы различные модели, подлежащие объединению, подходили друг к другу в отношении их теоретических возможностей, технического определения индикаторов и репрезентативности используемых данных.

Эти пять разделов могут использоваться в весьма различных сочетаниях, и могут быть частью разнообразия подходов в моделировании. В таблице 4 приведен краткий обзор главных типов подходов при моделировании, хотя он не претендует на то, чтобы быть исчерпывающим. Первые три типа показывают, что экономическое моделирование воздействия демографического изменения может быть направлено на потребности здравоохранения, на оптимизацию затрат или на описание затрат и эффектов в

здравоохранении. В отношении следующих трех типов модели показан только тип моделирования затрат:

- эпидемиологические модели подчеркивают важность изменений в образцах болезни посредством включения эпидемиологического раздела;
- модели тенденции сосредотачиваются на технологических изменениях и включают проекции того, какими текущие затраты на одно событие будут в будущем; и
- модели болезни концентрируются полностью на развитие событий в когорте пациентов после того, как болезнь уже началась, не включая при этом демографический раздел.

Таблица 3. Концептуальный подход к сценариям и модели болезней в 5 разделах

	Раздел 1 Демография	Раздел 2 Эпидемиология	Раздел 3 Здравоохранение	Раздел 4 Затраты	Раздел 5 Эффекты
Теория	модели населения	фактор риска моделей, разработка моделей болезни	концепция медицинского обслуживания, соответствующая нуждам и системе здравоохранения	затраты согласно концепциям измерения с различных точек зрения	клинические конечные точки, моделирование выживания, понятия качества жизни и полезности
Данные	статистика по населению, социо-экономические данные	данные регистра, эпидемиологический и клинические исследования	данные по диагнозам, услугам и предписаниям от страховщиков и провайдеров	данные по расходам из баз данных страховщиков, данные по затратам из систем учета провайдеров	данные из клинических или наблюдательных исследований
Индикаторы	размер населения по половы и возрастным группы	сфера действия, распространенность, ход болезни, смертность	связанные с диагнозом мощности лечения, частота и интенсивность услуг, длительность пребывания	общие затраты на случай или за период	предотвращенные случаи, добавленные годы жизни, произведенные годы жизни с поправкой на качество жизни

Таблица 4. Разделы, используемые в различных типах сценария или модели

Тип подхода в моделировании	(1) Демография	(2) Эпидемиология	(3) Здравоохранение	(4) Затраты	(5) Влияние
а) демографическая проекция намеченных	намеченная b		текущее c		

потребностей здравоохранения					
b) демографическая проекция затрат	намеченная			текущие	
c) демографическая проекция затрат и влияний	намеченная			текущие	текущее
d) эпидемиологическая проекция затрат	намеченная или текущая	намеченная		текущие	
e) тенденция затратного сценария	намеченная			намеченные	
f) модель затрат, связанных с болезнями		текущая d		текущие	

Примечание: «намеченная» означает, что сделано описание будущего хода развития секции, «текущее» означает, что использовано положение по состоянию на сегодняшний день.

- a) использование
- b) общая и клиническая эпидемиология
- c) «текущая» означает, что использовано положение по состоянию на сегодняшний день
- d) общая и клиническая эпидемиология

В рамках всех представленных типов моделирования, возможно сравнение основного сценария с дальнейшей альтернативой, например, путем сравнения вмешательства с отсутствием какого-либо вмешательства, или путем сравнения нового вмешательства со старым вмешательством. Представленные модели можно также счесть отправными точками для дальнейшего анализа.

Упражнение 2 упоминает тип моделей (b) и (e) в Таблице 4, но объединяет их с вопросом финансирования в контексте системы "уплаты налогов при получении зарплаты". Другие примеры могут быть легко идентифицированы и обсуждены, с использованием структуры Таблицы 4.

Сценарный анализ не утверждает, что производится прогнозирование в том смысле, в котором это делают статистические экстраполяции данных временного ряда. Скорее, сценарии связывают возможные наборы предположений с последствиями, которые эти предположения подразумевают в рамках структуры моделирования. Модели сценария, однако, подвергались критике за то, что их часто трудно подтвердить. Другая проблема состоит в том, что их построение, или данные, которые они включают могут не показать научную строгость других методов. Модели болезней предназначены для того, чтобы описывать, анализировать и предсказывать эпидемиологические и экономические процессы, связанные с болезнью и здравоохранением в рамках населения (3,4). Стандарты высокого качества, которые могут быть применены к этому типу моделирования, были разработаны недавно (см. Шонненберг (5) для фокусирования на моделях по типу решения). В целом, научная строгость сценарного анализа и моделей болезней может быть подтверждена путем применения традиционных концепций, принятых для оценки научных методик: последовательность теоретического подхода; корректность и надежность данных и индикаторов; соответствие друг другу различных объединенных разделов и

репрезентативность данных, использованных в контексте решения, которое предстоит поддержать сценарным анализом.

Эконометрические модели

Эконометрика определяется как наука и искусство построения и использования моделей, которые количественно отражают реальный мир. Как с любым другим моделированием, эконометрические модели должны быть основаны на хорошей теории. Эконометрические методы включают большой набор моделей для эмпирического анализа и прогнозирования, такие как простого и многократный регрессионный анализ, систем одновременных уравнений, анализа временного ряда и несколько других типов. Данные, полезные для глубокого эконометрического анализа, должны выполнять ряд требований, такие как достаточное число наблюдений, определенные дистрибутивные свойства и полнота данных в многовариантных моделях.

Важной группой эконометрических моделей являются объяснительные модели. Эти модели связывают зависимую переменную, изменения которой подлежат объяснению, с одной или большим числом независимых переменных, изменения которых должны объяснить изменения зависимой переменной. После запуска эконометрической модели, должен быть проверен ряд допущений, например, свойства переменной, суммирующие необъясненную изменчивость, так называемый "вектор ошибок". Этот вектор не должен коррелировать с независимыми переменными. Другой пример - это тот, где две (или больше) независимые переменные не должны коррелировать друг с другом, случай, названный (мульти-) коллинеарность. Более того, тесты спецификации могут использоваться для оценки пригодности структуры модели. С научной точки зрения, эконометрика - это, вероятно, наиболее разработанная область среди методов, обсужденных в этом разделе.

На практике, однако, это означает, что, при использовании эконометрики, необходимы навыки и внимательное отношение. В ряде ситуаций условия, требуемые для этого типа моделирования, могут быть не соблюдены. Пригодность того, что моделируется, таким образом, должна быть оценена на практике. В некоторых ситуациях лица, принимающие решение, могут потребовать более быструю информационную поддержку, чем эконометрическая модель может оказаться в состоянии оказать на основе доступных данных. Например, какое бремя окажет финансирование лечения новым препаратом на наш бюджет, и будет ли оно результативным? В отношении таких вопросов можно было бы рассмотреть модели типа, обсужденного ранее.

В следующем обсуждении рассмотрен очень простой пример, основанный на регрессионном анализе. Этот пример сосредоточен на понимании подхода к аналитической проблеме и воздействия результатов на принятие решений на макро-уровне системы здравоохранения. Технические вопросы анализа здесь не рассматриваются.

Пример 3: Объяснение расходов в здравоохранении

Ряд эконометрических исследований пробовал объяснить расходы в здравоохранении на уровне системы здравоохранения. Все исследования включают доход как детерминант расходов на здравоохранение. В теории, кажется интуитивно вероятным, что доход объяснит - по крайней мере частично - уровень расходов на здравоохранение. Кроме того, было рассмотрено много других детерминантов, например, переменные, характеризующие организацию системы здравоохранения (например, действительно характеризует ли она, или нет, национальную службу здравоохранения, или вознаграждение посредством бюджетирования, или систему платы за обслуживание), или такие факторы, как потребление алкоголя и табака. Во многих исследованиях подход к объяснению расходов на здравоохранение состоял в том, чтобы управлять регрессионной зависимостью национальных расходов на здравоохранение на душу населения (РЗО, как

независимая переменная) от дохода, выраженном как валовой внутренний продукт на душу населения (ВВП как зависимая переменная). Типичными единицами наблюдения в таких исследованиях являются страны, таким образом, характеризуя международный анализ по всем разделам.

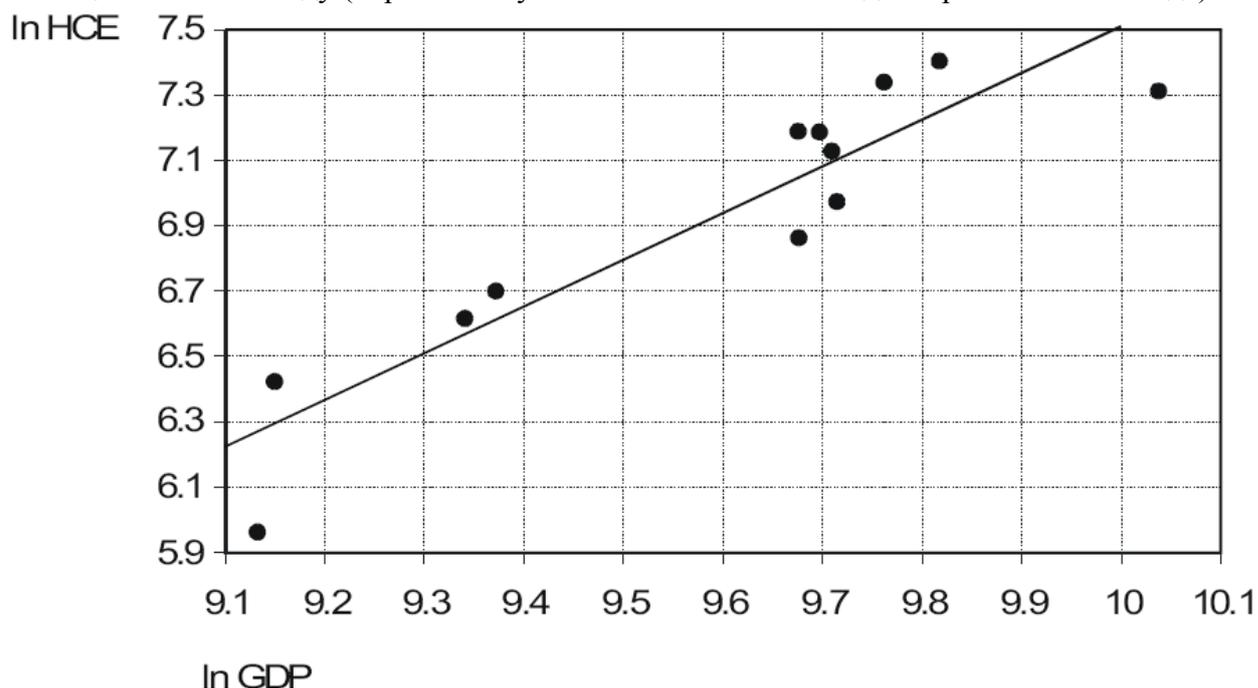
Рис. 2 показывает пример основного результата, установленного во многих исследованиях. Это показывает точки наблюдений в отношении РЗО и ВВП для двенадцати государств - членов Европейского Экономического Сообщества в 1990 году (данные из базы данных по здоровью Организации экономического сотрудничества и развития по состоянию на июль 1997 года). Эконометрическая модель использует часто получаемые спецификации, используя логарифмы (\ln) РЗО и ВВП вместо базисных значений (6). Линия регресса, минимизирующая расстояние до точек наблюдений, имеет наклон 1,43. Для используемой спецификации модели и набора наблюдаемых стран это означает, что, если уровень ВВП возрастет на 10 %, уровень РЗО увеличится на 14,3 %. Наклон, таким образом, называют эластичностью дохода расходов на здравоохранение. В этой модели, 84,4 % полной разницы РЗО объясняются ВВП. Рассматривая развитие базиса дохода на душу населения, историческое наблюдение за последние сорок лет показывает, что более бедным государствам - членам потребуется от менее одного до более двух десятилетий, чтобы достигнуть среднего дохода в Европейском Экономическом Сообществе, который существовал в начале периода наблюдения (6).

Упражнение 3

Обсудите правомерность вышеупомянутого эконометрического анализа. Какие заключения Вы бы сделали из результатов, сообщенных в отношении следующих трех проблем:

- детерминанты расходов на здравоохранение
- возможность сдерживания затрат
- воздействие экономического роста на систему здравоохранения?

Рис. 2. Валовой внутренний продукт на душу населения (ВВП) и расходы национального здравоохранения на душу населения (РЗО) в Европейском Экономическом Сообществе в 1990 году (паритет покупательной способности доллара США 1990 года)



Примечание: Слева направо данные демонстрируют следующие государства - члены ЕС: Греция, Португалия, Ирландия, Испания, Нидерланды (верхняя точка), Великобритания, Италия, Бельгия (верхняя точка), Дания, Франция, Германия и Люксембург.

Литература

1. Consensus conference on economic modelling. *Pharmacoeconomics*, **17**(5): 443–513 (2000).
2. LEIDL, R. Health economic issues relevant to countries with aging populations. *World health statistics quarterly*, **45**(1): 95–108 (1992).
3. LEIDL, R. European integration, economic growth, and health care expenditure. In: Leidl, R., ed. *Health care and its financing in the single European market*. Amsterdam, IOS Press, 1998 pp. 38–58 (Biomedical and Health Research Series, Vol. 18).
4. POSTMA, M.J. ET AL. Hospital care for persons with AIDS in the European Union: assessment of current and future impact controlled for severity stages. *Health policy*, **41**(2): 157–176 (1997).
5. SONNENBERG, A. Cost-benefit analysis of testing for *helicobacter pylori* in dyspeptic subjects. *American journal of gastroenterology*, **91**(9): 1773–1777 (1996).
6. WEINSTEIN, M.C. ET AL. Forecasting coronary heart disease incidence, mortality, and cost: the coronary heart disease policy model. *American journal of public health*, **77**(11): 1417–1426 (1987).

Глоссарий

Альтернативные затраты. Величина лучшей рассматриваемой альтернативы, которая не использована для того, чтобы получить или произвести больше товара или услуги.

Амбулаторно-поликлинический пациент. Пациент, посещающий медицинское учреждение с целью получения там лечения или консультации, но не остающийся на ночь (в отличие от больничного пациента).

Анализ выгодности затрат (АВЗ). Метод сравнения денежного выражения всех выгод, получаемых от социального проекта, с общими затратами на него.

Анализ полезности затрат (АПЗ). Метод сравнения затрат социальных проектов с выгодами, измеренными в терминах общего индекса как количества, так и качества, выигранных лет жизни (см. КВАЛИ). Это предотвращает необходимость перевода социальных выгод в монетарное выражение, но в то же время позволяет сравнить программы с различными социальными задачами.

Анализ эффективности затрат (АЭЗ). Метод сравнения затрат социальных проектов с выгодами, полученными в результате их осуществления и измеренными в терминах социальных задач. То, что является эффективным по затратам, достигает относительно высоких выигрышей по достаточно низкой стоимости, в сравнении с другими возможными путями достижения этой же цели.

Асимметричная информация. Ситуация, когда стороны, участвующие в сделке, имеют различный объем информации, относящейся к конкретному вопросу.

Больничный пациент. Пациент, поступивший в больницу и занимающий койку в отделении.

Валовый национальный продукт (ВНП)\ Валовый внутренний продукт (ВВП). ВНП представляет собой настоящее денежное выражение всех конечных произведенных продуктов и осуществленных услуг в стране за год. ВВП является величиной, связанной только с местными факторами производства.

Взаимоотношения между агентствами (агентами). Ситуация, в которой один человек (агент) принимает решения по поручению другого (принципал).

Взвешенное подушевое финансирование. Сумма денег, которая выделяется за каждого резидента определенной местности. Тремя основными факторами, отражаемыми в формуле, являются: возрастная структура населения; его заболеваемость и относительная стоимость оказываемых услуг.

Внешний эффект. Ситуация, когда потребитель (производитель) влияет на другого потребителя (производителя) посредством действий, которые лежат вне системы ценообразования.

Врач общей практики (ВОП). Британский термин, обозначающий врача первичного уровня или семейного врача, который является для пациента первой точкой контакта с медицинской службой для всех случаев, не являющихся чрезвычайными. ВОП в Великобритании работают не по найму, а по контракту с администрацией на оказание

ряда базовых диагностических, профилактических и лечебных услуг. Также, в случае необходимости, они направляют больных к узким специалистам, базирующимся при больницах.

Временное предпочтение. Степень, до которой определенная сумма денег стоит больше сегодня, чем в будущем (например, через год) (исключая вопросы инфляции или неопределенности).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Организация при ООН, базирующаяся в Женеве, ответственная за пропаганду здоровья.

Вторичная помощь. Помощь, оказываемая медицинскими специалистами, обычно на госпитальном уровне (см. первичная помощь), а также и некоторые специализированные муниципальные услуги.

Группы, объединенные по диагнозу (ГОД) или клинико-затратные группы (КЗГ). Набор типов случаев, установленных при перспективной системе оплаты (ПСО), идентифицирующих пациентов с аналогичными заболеваниями и процессами оказания помощи. Используется для определения стоимости различных типов оказания медицинской помощи.

Действенность. Уровень, до достижения которого осуществляемое лечение, процедура, режим или услуга дают положительный результат в идеальных условиях.

Добровольное медицинское страхование. Медицинское страхование, в котором участвуют и оплачивают по усмотрению индивидов (или непосредственно, или через работодателей). Оно может предлагаться государственной или частной компанией.

Долевое участие в затратах. Метод финансирования здравоохранения, при котором необходимы дополнительные прямые оплаты за услуги со стороны пациентов.

Дополняющие товары. Товары, которые обычно потребляются совместно, поэтому возрастание цены одного будет приводить к уменьшению спроса на другой.

Доступность. Уровень, до достижения которого использование предназначенной клиентам услуги осуществляется просто. Он будет зависеть от таких факторов, как стоимость (см. позволительность), расстояние до этих услуг, путь, по которому они оказываются и т.д.

Жизненно важные лекарства. Политическая инициатива, гарантирующая, что минимальное число эффективных лекарств будут доступны для лечения основных заболеваний по ценам, приемлемым для общества. Также направлена и на экономию ресурсов, используемых для выписки дорогостоящих или ненужных лекарств.

Здоровье. Может быть узко определено как отсутствие заболеваний или более широко, согласно определению ВОЗ, как "состояние полного физического, умственного и социального благополучия".

Здравоохранение. Товары и услуги, которые используются как ресурсы для того, чтобы индивид был здоровым. В некоторых анализах собственные знания и время, используемые для поддержания и стимулирования здоровья, рассматриваются как ресурсы в дополнение к общепринятым, вкладываемым в здравоохранение ресурсам.

Индекс цены. Выражает настоящие цены на группу товаров относительно цен на те же товары в сравниваемом году.

Капитальные затраты. Расходы на товары, срок жизни которых больше одного года, например: инвестиции в оборудование или инфраструктуру.

КВАЛИ. Год качественно прожитой жизни является мерой выигрыша в здоровье, которая направлена на измерение дополнительных лет жизни с ее качеством, которое достигается в эти годы.

Контроль затрат. Способность лимитировать ресурсы, используемые в секторе или на оказание определенной услуги. Это один из наиболее часто используемых критериев для оценки деятельности сектора здравоохранения (совместно с экономической эффективностью, равенством, доступностью и т.д.).

Контрольное испытание по методу случайного отбора. Испытание, определяющее действенность определенного метода лечения. При этом пациенты выбираются по строгому критерию и в лечебные или контрольные группы помещаются случайно. Участвующие эксперты не знают, к какой группе принадлежит пациент. Целью этой процедуры является устранение систематических ошибок и возрастание точности результатов испытания.

Косвенные затраты. Обычно используются для экономической оценки чего-либо и обозначают альтернативные издержки производства или так называемого потерянного времени на отдых для того, чтобы пройти курс лечения.

Льготники. Определенные группы в обществе (обычно социально незащищенные), которым правила позволяют не платить за лекарства, услуги или страховые взносы.

Международная классификация болезней (МКБ). Классификация заболеваний или групп заболеваний, сделанная международной группой экспертов - советников ВОЗ. Периодически ВОЗ публикует полный перечень данных заболеваний.

Моральный риск. Там, где услуги не оплачиваются напрямую индивидами, они могут рисковать или действовать по пути, который увеличивает спрос на медицинские услуги. В интересах страховщика создать отрицательные стимулы к такому поведению (такие как сооплата или взнос по степени риска).

Неблагоприятный выбор. Ситуация, когда индивиды могут купить страховые полисы по ставкам ниже актуарных продажных потому, что они владеют информацией, недоступной страховщикам (см. асимметричная информация).

Нематериальные затраты. Обычно используются для экономической оценки или обозначения таких понятий, как боль, беспокойство или горе, которые являются очень важными, но трудноизмеримыми или практически не выражаемыми в монетарных терминах.

Неприятие риска. Степень, до которой определенный доход является предпочтительным по сравнению с альтернативным риском, связанным с ожиданием такого же дохода.

Оборот коек (также койкооборот). Среднее число пациентов, использующих каждую койку за данный период времени, обычно за год.

Общественный товар (также общественное благо). Товар (например, государственная безопасность), который может потреблять каждый (без исключения), при этом использование его одним человеком не истощает запасы для другого (не конкурирующий). Прямые затраты при этом равны нулю.

Обязательное медицинское страхование. Медицинское страхование по обязательной общественной схеме. Оплата определенного страхового взноса производится в виде налога. Работодатели могут платить взносы по поручению работающих у них людей. Обычно, но не всегда, обязательное медицинское страхование управляется государством.

Оплата третьей стороной. Первая сторона (пациент) не платит непосредственно за работу второй стороны (поставщика), а делает это через частного страховщика, различные фонды или государственные структуры (третья сторона). Эта организация будет влиять на количество требуемой и поставляемой услуги.

Организация, поддерживающая здоровье (ОПЗ). Организация, которая в обмен на заранее оплаченный взнос дает включенному в список индивиду значительные выгоды для здоровья на данный промежуток времени.

Оценка непредвиденных обстоятельств \ непредвиденных расходов. Метод оценки величины товара, например: оценка жизни, устанавливаемая самим индивиду.

Первичная помощь. Система допуска, контролируемая врачами первичного уровня (например, ВОП), где осуществляется не срочный, а первоначальный прием врачами, медицинскими сестрами и др. В системах с прямым доступом к специалистам различие определяется самим учреждением. Например, поликлиники оказывают первичную помощь, а больницы услуги вторичного уровня (см. также ПМСП).

ПМСП. Согласно определению ВОЗ, ПМСП – основная медицинская помощь, доступная по затратам, которые осуществляются государством или обществом. ПМСП является нормативной концепцией, предполагающей доступ для всех членов общества, участие общественности и важность профилактических и мультисекторальных подходов к здоровью населения.

Переменные затраты. Затраты, связанные с фактором (факторами) производства, которые изменяются в количестве согласно количеству вводимых ресурсов.

Перспективная система оплаты (ПСО). Метод покрытия расходов больниц, используемый Организацией Медицинской помощи (США) с 1983 г. При ПСО больницам возвращается фиксированная сумма денег за каждого пролеченного пациента.

Платные услуги. Непосредственная оплата пациентами оказанных услуг. Не обязательно, чтобы она покрывала полную стоимость услуги. Платные услуги часто вводятся в дополнение к государственному финансированию медицинских услуг, которые обычно являются бесплатными.

Подушевая ставка. Метод оплаты, по которому поставщику оплачивается фиксированная сумма за человека вне зависимости от объема оказываемых (оказанных) услуг.

Подход к оценке человеческих ресурсов. Метод оценки человеческой жизни, полученный в терминах уменьшения производительной мощности пациентов, прошедших лечение.

Позволительность (индивид может позволить себе сделать что-то). Уровень цены, ниже которого предполагаемые клиенты могут оплачивать за услугу. Это будет зависеть от того, как распределяется их доход, от стоимости услуг и механизма финансирования (например: распределены ли риски, существуют ли исключения для низко оплачиваемых представителей общества и т. д.).

Полезность. Экономический термин, обозначающий благосостояние индивидумов, полученное посредством потребления. Предполагается, что индивиды «максимизируют полезность», и, поэтому, при равных других составляющих, большее потребление лучше, чем меньшее.

Полупеременные затраты. Затраты, которые неравномерно возрастают при достижении определенных уровней выхода продукта.

Поставщик. Организация, которая оказывает медицинскую помощь и подает свои услуги покупателям, например: врачи первичного уровня или больницы.

Потребности. То, что требуется человеку в терминах медицинской помощи. Общие потребности оцениваются профессионалами, которые представляют различные тенденции. Это отличается от того, что действительно покупается и является спросом.

Предметы первой необходимости. Товары, потребление которых значительно не изменяется в зависимости от изменения в цене, например, товары с эластичностью цены спроса меньше единицы.

Приемлемость. Степень, до которой услуга отвечает культурным потребностям и стандартам общества, что, в свою очередь, будет влиять на ее использование.

Приоритетность. Решение относительной важности данного круга вопросов по сравнению с альтернативными целями или действиями.

Производительность. Результат, полученный от данного количества введенных ресурсов.

Протокол лечения. Написанные руководства по лечению конкретного заболевания; действия, которые должны предпринять различные профессионалы и там, где уместно, пациенты. Они способствуют преемственности в оказании помощи различными специалистами, вовлеченными в процесс лечения, а также четкому взаимодействию с пациентами и обращению профессионалов к «образцам практики».

Прямые затраты. Для больниц прямые затраты представляют затраты лечебных отделений (производящих конечный результат), которые противопоставляются параклиническим, вспомогательным отделениям и администрации (дают промежуточные продукты). Однако, различия делаются между затратами, которые фактически

оплачиваются медицинской услугой или пациентами, что противопоставляется альтернативным издержкам потери времени и производительности в результате лечения (определяется термином косвенные затраты).

Работа койки. Число дней занятости койки больными в определенный промежуток времени, выражается как процент от доступных коек или как число дней в году, когда койка занята больными.

Равенство. В контексте учебных материалов является синонимом справедливости или честности. Правильность оценки затруднительна, так как зачастую является субъективной и спорной, и это в большей мере прерогатива управленцев, чем экономистов. Однако общее понимание сводится к тому, что каждый должен иметь географический и финансовый доступ к имеющимся в наличии медицинским услугам.

Равновесная цена (количество). Цена (количество), при которой требуемое и поставляемое количества равны.

Результат. Эффект, который оказывают медицинские вмешательства или их нехватка на статус здоровья.

Свободные рынки. Правительство играет небольшую роль в производстве и распределении товаров. До известной степени этот термин вводит в заблуждение, поскольку позиций рынки не могут быть абсолютно "свободными", т.к. всем рынкам для эффективного функционирования нужны определенные правила и положения.

Социальное страхование. Правительственные страховые компании, в которых права и размеры взносов не определяются общей практикой, существующей в частных страховых контрактах. Взносы обычно субсидируются, и типичным является перераспределение между некоторыми сегментами населения.

Специальные налоги на заработную плату. Налоги, которые специально предназначаются для определенного сектора, например, здравоохранения. Отличается от социального страхования потому, что права не лимитируется теми, кто заплатил взносы.

Средняя длительность пребывания пациента на койке (СДПК). Среднее число дней, проведенных пациентом в больнице.

Стандартный товар. Товар или услуга, спрос на которые возрастает пропорционально увеличению дохода.

Стандартный уровень смертности. Процент ожидаемого числа смертей в данном году. Ожидаемое число является стандартной смертностью, скорректированной на пол и возраст.

Статус здоровья. Измерения физического и эмоционального благополучия индивидуума или группы населения (см. уровень смертности и уровень заболеваемости).

Страховой взнос. Взнос добровольного страхования. Размер взноса может определяться обществом (средний для группы индивидуумов) или риском (скорректирован согласно опыту по изучению претензий или актуарному риску каждого индивидуума).

Суммы, подлежащие вычету. Количество расходов за медицинскую помощь до того, как страховщик начинает выплаты.

Текущие или постоянно повторяющиеся расходы. Расходы, которые имеют место каждый бюджетный год, например, заработная плата, покупка лекарств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, содержание и снабжение и пр.

Теневые цены. Рыночные цены, приспособленные к искажению. Например, в цене на товар принимаются во внимание колебания иностранной валюты, стоимость рабочей силы или капитальные затраты в данном секторе или экономике. Предполагается, что теневые цены отражают более точно альтернативные затраты данного произведенного продукта.

Товар. Экономический термин, означающий продукт, потребление которого приносит пользу индивиду.

Товары высокого качества. Товар или услуга, спрос на которую возрастает с увеличением дохода (см. также товары низкого качества).

Товар низкого качества. Товар или услуга, спрос на которую падает с возрастанием дохода (см. также стандартные товары или товары наивысшего качества).

Товар превосходнейшего (наивысшего) качества. Товар, эластичность цены которого больше единицы, поэтому спрос больше определяется изменениями в цене.

Уровень детской смертности (УДС). Отношение числа смертей за год у детей до года или достигших одного года, поделенное на число родившихся живыми за тот же период времени.

Уровень заболеваемости. Уровень частоты заболевания, отнесенный к числу населения.

Уровень смертности. Грубое значение уровня смертности - это отношение числа смертей за год к количеству населения среднего возраста. Поскольку возраст очень важен, то скорректированный на него уровень смертности является мерой, которая принимает во внимание распределение населения по возрастным категориям.

Уровень фатальности случая (УФС). Пропорция случаев специфического заболевания со смертельным исходом за определенный отрезок времени. УФС в процентах равен числу смертей от болезни за данный промежуток времени, деленный на диагностированное число случаев этого заболевания за тот же промежуток времени.

Фельдшер. Средний медицинский работник в сельской местности, выполняющий функции ассистента врача в развитых странах. Получает базовое медсестринское образование и более глубокую подготовку по диагностике и направлению пациентов на лечение на более высокие уровни оказания помощи.

Фиксированные затраты (ОФЗ и СФЗ). Затраты, которые не изменяются в зависимости от конечного результата. Обычно выражаются как общие фиксированные затраты (ОФЗ) или средние фиксированные затраты (СФЗ).

Экономическая эффективность. **Технической эффективностью** является производство фирмой возможного максимально устойчивого конечного продукта из данных вводимых ресурсов. Эта идея отличается от **распределительной экономической эффективности**, когда ресурсы или результаты первоначально используются по наилучшему пути в экономике, что исключает получение дальнейших выгод от продукта или дальнейшее улучшение благосостояния.

Экономия, обусловленная ростом масштаба производства. Ситуации, при которых долговременные средние издержки фирм снижаются при возрастании производства.

Эпидемиология. Изучение распределения и детерминантов болезни среди населения.

Перевод выполнен:

Е.И. Столяровой,
К.Т. Мамадназарбековой,
О.Б. Дигилиной,
Е.Д. Дигилиной,
М.Р. Третьяковым