

ЧАСТНЫЙ ИЛИ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР

Хорхе Коараса, Джишну Дас и Джефффри Хаммер

Во многих странах предметом дискуссии должны быть не источники финансирования первичного здравоохранения, а его качество.

НА частный сектор, в зависимости от исследования, приходится одной трети до трех четвертей всей первичной медицинской помощи в странах с низкими доходами. Однако для большей части пациентов медицинское обслуживание в частном секторе не означает посещение больших современных больниц и интегрированного предоставления медицинских услуг. Такой частный сектор существует и обслуживает только относительно обеспеченную городскую клиентуру. Услуги, предоставляемые частным сектором для бедных, — это сочетание современных организаций, управляющих небольшими коммерческими клиниками или работающих на некоммерческие учреждения, и организаций, практикующих традиционную медицину, лечение травами, гомеопатию, а также множества неквалифицированных лиц, предоставляющих медицинские услуги.

Невозможно точно сказать, чем является частный сектор в области здравоохранения, или какие медицинские услуги он оказывает бедным слоям населения. Тем не менее, два обобщенных представления, похоже, доминируют в дискуссиях о частной медицине в странах с низкими доходами. Первое представление поддерживает идею о том, что частный сектор является панацеей в случае развала или общего нарушения функционирования государственного сектора. Второе представление заключается в том, что хищническая практика настолько присуща частному сектору, что его необходимо регулировать, контролировать и по возможности замещать финансируемыми и управляемыми государством клиниками.

В какой степени каждая точка зрения справедлива — эмпирический вопрос, зависящий от проблем, возникающих во время взаимодействия пациентов и медицинских организаций в условиях рынка медицинских услуг, и от способности государства решать их. Например, пациенты могут ничего не понимать в должной медицинской помощи и требовать быстрых решений и средства от всех болезней. И если именно так они и будут поступать, то частный сектор будет снабжать их такими средствами. Или оказы-

вающие медицинские услуги лица прописывают лечение, которое увеличивает их материальную выгоду, а не отвечает медицинским потребностям пациента. Например, медицинские работники могут выбрать кесарево сечение, в то время как достаточными были бы более дешевые и нормальные способы оказания помощи при родах, или распространять лекарственные препараты, на продаже которых они могут зарабатывать. Действительно, многие считают, что «асимметричная информированность» (когда медработник знает больше о состоянии здоровья и болезни пациента, чем он сам) ведет к проблемам с предоставлением частной медицинской терапевтической помощи.

Но совсем не очевидно, что ситуация в государственном секторе обстоит лучше. Частные врачи низкой квалификации и значительная неэффективность рынка зачастую сосуществуют с государственными медицинскими учреждениями низкого качества. Потенциальным регулирующим органам часто не хватает ресурсов для контроля и обеспечения выполнения требований качества. Настоящие общественные блага, такие как уничтожение источников болезней (например, комаров) и адекватная санитария, должны обеспечиваться государством. Однако картина становится менее ясной, когда дело касается терапевтической медицинской помощи.

Крупный частный сектор

Частный сектор здравоохранения в странах с низким доходом обычно довольно велик и является постоянно используемым источником первич-

Очередь людей на регистрацию в национальной программе страхования здоровья, Джамму (Индия).





ной помощи, несмотря на рост финансирования и отмену платы за государственные услуги во многих странах. При проведении демографического обследования и обследования состояния здоровья населения членов опрашиваемых семей спрашивали о том, куда они обращались за помощью, если у ребенка была высокая температура или диарея. Между 1990 и 2013 годами (по данным 224 обследований, проведенных в 77 странах) половина населения обращалась в частный сектор, а в период 1998–2013 годов две пятых населения обращались за помощью в частный сектор, даже среди 40 процентов беднейших слоев населения. По совокупности заболеваний взрослых и детей доля обращений в частный сектор в начале 2000-х годов (последние доступные данные) колебалась от 25 процентов в странах Африки к югу от Сахары до 63 процентов в Южной Азии (Wagstaff, 2013).

Одно из возможных объяснений существования большого частного сектора — это отсутствие или перегруженность государственных учреждений здравоохранения, что заставляет людей обращаться в частные клиники. Но люди активно пользуются услугами частных врачей и организаций даже при наличии государственных медицинских учреждений. И перегруженность тоже не представляет явной проблемы. В Танзании, Сенегале и сельском индийском штате Мадхья-Прадеш врачи в государственных клиниках первичного здравоохранения тратят всего от 30 минут до одного часа рабочего времени в день на прием пациентов. В Нигерии обычное медицинское учреждение в сельской местности в среднем принимает *одного* пациента в день (Всемирный банк, 2011; Das and Hammer, 2014).

Желание пациентов платить за частные услуги, которые могут быть оказаны им бесплатно в ближайших недозагруженных государственных учреждениях, может отражать различные параметры ситуации с качеством обслуживания в них, такие как уклонение персонала государственных учреждений от выполнения своей работы или недостаточное внимание, уделяемое пациентам. С точки зрения здравоохранения и политики предпочтение населением частных организаций становится проблемой, если частные врачи и учреждения в большей степени, чем государственные, готовы уступать просьбам населения и предоставлять продукты и услуги, не являющиеся целесообразными с медицинской точки зрения (антибиотики и стероиды, например) или организовывать лечение так, чтобы увеличить свои доходы. Если обе эти проблемы *менее* распространены в государственном секторе, то правительства должны подумать о расширении государственного сектора, чтобы он заменил частный, или о введении строгого регулирования в отношении частной медицины. Вопрос в том, различается ли качество работы этих двух секторов.

Качество медицинской помощи

На деле общее качество помощи в *обоих* секторах является неудовлетворительным. Время на прием пациента варьируется от полутора минут (государственный сектор в городах Индии) до 8 минут (частный сектор в городах Кении). Врачи задают от пяти до восьми вопросов и проводят от одного до трех стандартных обследований, таких как проверка температуры, пульса и давления. В сельских и городских районах Индии серьезные заболевания лечатся правильно лишь в 40 процентах случаев; правильный диагноз пациентам ставят реже, чем в 15 процентах случаев. Неужное и иногда даже причиняющее вред здоровью лечение часто проводится всеми медицинскими организациями во всех секторах, а потенциально спасающая жизнь терапия, такая как пероральная регидрация для страдающих диареей детей, применяется реже, чем в одной трети случаев обращений к врачам и в учреждения высокой квалификации. Менее 5 процентов пациентов получают *только* действительно правильную помощь, когда они обращаются к врачам и в клиники.

В двух недавних систематических обзорах исследований качества и эффективности предоставления медицинских услуг

в государственном и частном секторах авторы делают диаметрально противоположные выводы. Один обзор подтверждает преимущества государственного сектора (Basu et al., 2012), а другой — частного (Berendes et al., 2011). После того как мы изучили использованную авторами литературу, чтобы найти источники такого расхождения, мы были вынуждены признать, что, если бы нам надо было дать короткий ответ на простой вопрос о том, в каком секторе качество медицинской помощи лучше, государственном или частном, то правильнее всего было бы сказать «мы не знаем».

Для выделения разницы в качестве по государственному и частному секторам при проведении исследований необходимо пользоваться данными от *обоих* секторов. Также необходимо исключить искажающие результаты факторы, связанные с различием в пациентах, подготовке и наличии ресурсов. (Нечелесообразно сравнивать недостаточно подготовленного частного врача из маленькой сельской клиники с полностью обученным врачом из хорошо оснащенной больницы.)

Из 182 публикаций, рассмотренных в рамках этих двух обзоров, только одно исследование (Pongsuvar and Van Lerberghe, 2006) удовлетворяло этим критериям. В этом исследовании использовалась концепция эталонных пациентов (тайных клиентов) для оценки того, как «одинаковые» врачи в частном и государственном секторах Бангкока лечат состояние тревоги. Эталонные пациенты (местные добровольцы, которые описывают одинаковое состояние нескольким разным врачам) часто считаются золотым стандартом при проведении такого рода исследований, так как они дают возможность объективного измерения качества помощи, в том числе оценки следования врачом регламентируемым медицинским протоколам, правильности назначенного лечения, а также применения необязательных процедур. Это позволяет исследователям проводить оценку того, как разные врачи и учреждения лечат *одного и того же* пациента. В этом исследовании авторы сообщили о том, что в частном секторе внимание больше сосредоточено на пациенте и что разница между государственными и частными учреждениями в правильности назначенного лечения отсутствует. Ни один из врачей не назначил правильного курса лечения (в этом конкретном случае правильно было бы ничего не делать).

Сельские районы Индии

При проведении собственного исследования в сельских районах Индии мы направили эталонных пациентов сначала к произвольно выбранным врачам из государственного и частного сектора, а затем к квалифицированным врачам, работающим в *обоих* секторах (Das et al., 2014). Выявлены несколько примечательных фактов.

Во-первых, *большая часть* лечения как в государственном, так и в частном секторах оказывалась людьми, не имеющими официального медицинского образования. В частном секторе это отражает нехватку подготовленного профессионального персонала, готового работать в сельских районах. В государственном секторе не имеющий медицинской подготовки персонал предоставлял помощь в 64 процентах случаев, так как врачей в это время не было на рабочем месте. Врачи в государственных клиниках, которым платят фиксированную заработную плату, часто отсутствуют в рабочее время (40 процентов времени в Индии, 35 процентов — в Уганде, более 40 процентов — в Индонезии, согласно национальным исследованиям).

Во-вторых, *внимание именно к пациенту и правильность* лечения в *наибольшей степени* проявились в клиниках частного сектора, где прием ведут врачи из государственного сектора. Те же самые врачи проводят больше времени с пациентом, задают больше вопросов, с большей вероятностью следуют рекомендуемому списку вопросов и обследований, а также назначают более правильное лечение при ведении частной практики, чем

когда они принимают пациентов в государственном учреждении (см. рис.). Разницы в (очень частом) использовании ненужных лекарственных препаратов между секторами выявлено не было.

В-третьих, *показатели злоупотребления антибиотиками были высокими в обоих секторах*. В частном секторе 48,2 процента квалифицированных и 39,4 врачей с неполной квалификацией прописывали ненужные антибиотики. Государственные врачи в клиниках первичной помощи выписывали антибиотики для лечения диареи в 75,9 процентов случаев, тратя всего полторы минуты на принятие решения о назначении лечения.

В-четвертых, *в частном секторе следование регламенту приема пациентов и назначение правильного лечения означают более высокие цены*. Это соответствует рыночным моделям, когда потребители платят премию за более высокое качество, так как они уверены в качестве оказываемых услуг и заинтересованы в правильности назначаемого лечения. Но в отношении назначения не-обязательного лечения никаких штрафных санкций не существовало, что дает основания полагать, что пациенты не могли оценить, является ли прием дополнительных лекарств обязательным.

Злоупотребление лекарственными препаратами в частном секторе может отражать связь между доходами врача и практикой назначения лекарств: исследование показывает, что если врач не получает компенсации за назначение необязательных антибиотиков, то он прописывает их реже. Но использование антибиотиков настолько же широко распространено и в государственном секторе. Поэтому стремление к получению дохода может быть лишь частью объяснения, но никак не *единственным* объяснением. Подобным образом нужно поставить под вопрос расхожее представление о том, что пациенты не могут оценить качество, так как вполне обоснованные дифференциалы качества медицины коррелируют с более высокими ценами.

Содействие улучшению медицины

Даже если судить по немногочисленным свидетельствам, гре-хи частного сектора являются весьма преувеличенными. Делая свой выбор, пациенты руководствуются логикой и оценивают такие факторы, как расстояние, время ожидания, цены и качество медицинской помощи. Почти нет подтверждения тому, что пациенты принимают нерациональные решения о посещении частных клиник. Хотя и есть тенденция злоупотреблений лекарствами в случаях, когда частные врачи одновременно и диагностируют пациентов, и получают компенсацию за назначение

определенных препаратов для лечения; такие же проблемы существуют и в государственном секторе.

Проблема, лежащая в основе вопроса выбора частного или государственного сектора, заключается не в невежестве пациентов или их неразумном поведении, а в общем качестве предоставляемой помощи, которое является низким в обоих секторах. Возможно, необходимы более совершенные инфраструктура и обучение, но только одного этого не достаточно для повышения качества здравоохранения (Das and Hammer, 2014). Необходимо изменить поведение врачей и медицинских учреждений, а также влияющие на их работу структуры и стимулы. Для снижения уровня применения ненужных лекарств, например, необходимо принятие мер политики, разрывающих связь между диагностикой и лечением в обоих секторах. Это может быть, среди прочего, правовое разделение деятельности по назначению и распространению лекарственных препаратов и деятельности в области проведения медицинских обследований.

Нет причин для расширения государственной медицинской помощи, если только она как минимум не в той же степени хороша, что и те службы, которые она должна собой заменить. Расширение государственного здравоохранения может быть уместным лишь в тех редких случаях в странах, где частный сектор особенно плох, а подотчетность государственного сектора особенно хороша. Но даже тогда правительствам необходимо в значительной степени повысить потенциал государственного сектора или создать внушительную систему регулирования. Более простым решением могло бы быть, прежде всего, внимание к тому, что уже есть, и попытки улучшить существующее положение. Если официальные органы признают, что люди не пользуются услугами государственного сектора, потому что качество этих услуг является низким, и сконцентрируют свои усилия на исправлении ситуации, то пациенты в итоге сделают лучший для себя выбор. ■

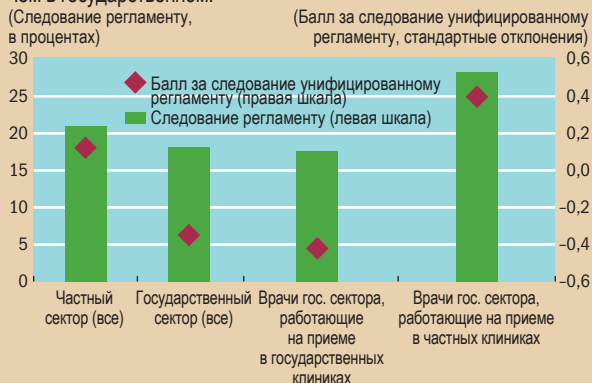
Хорхе Коараса — старший экономист Всемирного банка, Джишну Дас — ведущий экономист Всемирного банка, Джеффри Хаммер — приглашенный профессор по теме экономического развития в Принстонском университете.

Литература:

- Basu, Sanjay, Jason Andrews, Sandeep Kishore, Rajesh Panjabi, and David Stuckler, 2012, "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review," *PLoS Medicine*, Vol. 9, No. 6, p. e1001244.
- Berendes, Sima, Peter Heywood, Sandy Oliver, and Paul Garner, 2011, "Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies," *PLoS Medicine*, Vol. 8, No. 8, p. e1000433.
- Das, Jishnu, and Jeffrey Hammer, 2014, "The Quality of Primary Care in Low-Income Countries: Facts and Economics," *Annual Review of Economics*, Vol. 6, pp. 525–53.
- Das, Jishnu, Alaka Holla, Michael Kremer, Aakash Mohpal, and Karthik Muralidharan, 2014, *Quality and Accountability in Health: Audit Evidence from Primary Care Providers* (Washington: World Bank).
- Grepin, Karen, 2014, "Trends in the Use of the Private Sector: 1990–2013: Analysis of Demographic and Health Surveys" (unpublished; New York: New York University).
- Pongsupap, Yongyuth, and Wim Van Lerberghe, 2006, "Choosing between Public and Private or between Hospital and Primary Care: Responsiveness, Patient-Centredness and Prescribing Patterns in Outpatient Consultations in Bangkok," *Tropical Medicine & International Health*, Vol. 11, No. 1, pp. 81–89.
- Wagstaff, Adam, 2013, "What Exactly Is the Public-Private Mix in Health Care?" *Let's Talk Development* (blog), Dec. 2.
- World Bank, 2011, "Service Delivery Indicators: Pilot in Education and Health Care in Africa," *African Economic Research Consortium Report* (Washington).

Более хорошая медицина

Врач, практикующий одновременно в частном и государственном секторах в сельских районах Индии, вероятнее всего, будет следовать регламенту рекомендованных вопросов и обследований во время ведения приема в частном учреждении, чем в государственном.



Источник: Das et al. (2014).

Примечание. Исследование проводилось в сельском штате Мадхья-Прадеш в Индии.