



ЕВРОПА

Европейский региональный комитет Пятьдесят шестая сессия

Копенгаген, 11–14 сентября 2006 г.

EUR/RC56/BD/1

26 июня 2006 г.

61102

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Подходы к политике финансирования здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ

Данный документ разработан в рамках дальнейшей деятельности по развитию инициативы по укреплению систем здравоохранения в Европе, принятой Региональным комитетом на пятьдесят пятой сессии (резолюция EUR/RC55/R8).

Целью данного исходного документа является разработка подхода к политике финансирования здравоохранения, которая может быть адаптирована странами с учетом национальных условий. Это включает: (1) подробное описание ряда задач в области политики финансирования здравоохранения на базе основных ценностей ВОЗ; (2) концептуальную основу для анализа организации и функций системы финансирования здравоохранения; и (3) рассмотрение того, каким образом основные контекстуальные факторы, в особенности финансовые ограничения, влияют на способность каждой страны выполнять основные задачи политики или осуществлять определенные виды реформ. Учитывая большое разнообразие национальных условий и особенностей стран Европейского региона, не существует какого-либо "образцового" плана или модели системы финансирования, которая подходила бы для всех стран. Таким образом, хотя общий подход в целом основывается на едином наборе ценностей и задач, он позволяет проводить анализ и выработать рекомендации с учетом особенностей каждой страны и реальной ситуации. Основными задачами лиц, принимающих решения, является выявление неблагоприятных последствий фрагментации системы финансирования и борьба с ними, а также обеспечение того, чтобы инструменты проведения политики финансирования здравоохранения всегда соответствовали поставленным задачам.

Данный документ представляется для обсуждения на техническом брифинге в период проведения пятьдесят шестой сессии Регионального комитета и будет подготовлен в окончательном виде позднее с учетом замечаний, высказанных государствами-членами в ходе обсуждения.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Подходы к политике финансирования здравоохранения в Европейском регионе	1
Цели документа и общий обзор.....	1
Три основных принципа политики финансирования здравоохранения.....	1
Первый основной элемент: предлагаемые задачи политики финансирования здравоохранения	4
Второй основной элемент: концептуальная основа для понимания организационной структуры систем финансирования здравоохранения.....	9
Третий основной элемент: принятие во внимание финансовых ограничений и других контекстуальных факторов	14
Важнейшие проблемы политики: фрагментация и согласованность	20
Выявление, уменьшение или устранение последствий фрагментации.....	20
Обеспечение соответствия между инструментами реформирования и задачами политики	22
Выводы: принципы и практические шаги для лиц, формирующих политику	22
Библиография	25

Цели документа и общий обзор

1. Страны Европейского региона ВОЗ, как и все страны мира, сталкиваются со сложными проблемами и необходимостью принятия решений в области финансирования своих систем здравоохранения. Потребности населения все больше возрастают в связи с появлением новых лекарственных средств и развитием других технологий, ростом ожиданий и старением населения, что требует увеличения расходов системы здравоохранения. Одновременно макроэкономические, демографические и финансовые факторы ограничивают возможности правительств по увеличению объемов государственных средств, ассигнуемых на нужды здравоохранения. Необходимость увеличения расходов в сочетании с ограниченными возможностями правительств по увеличению объемов расходуемых средств побуждает страны к рассмотрению возможностей реформирования схем финансирования своих систем здравоохранения.
2. Однозначного ответа на вопрос о том, как следует финансировать системы здравоохранения, не существует. Между странами не только существуют различия в отношении конкретных проблем, с которыми они сталкиваются, но каждая страна также уже располагает системой финансирования здравоохранения, которая развивалась в течение определенного периода времени. Во многих странах Европейского региона основные характеристики национальных систем финансирования здравоохранения существовали уже на протяжении десятков лет (а в некоторых случаях более пятидесяти и даже ста лет) и являются частью особой национальной культуры (например, Национальная служба здравоохранения Соединенного Королевства или система социального медицинского страхования Германии) (1). В таких странах обсуждение вопроса реформирования системы финансирования касается в большей степени внесения лишь небольших изменений, а не крупномасштабных организационных перемен. Однако во многих других странах Региона, в особенности находящихся на переходном этапе своего развития, который начался в 1990 г., системы финансирования здравоохранения могут рассматриваться в более узком смысле как набор технических схем без учета культурных или исторических факторов. Во многих из этих стран осуществляются или рассматриваются фундаментальные реформы в области финансирования здравоохранения.
3. Европейское региональное бюро ВОЗ должно иметь возможность оказывать содействие всем странам Региона в осуществлении действий по решению своих конкретных проблем и приоритетных задач с учетом национальных условий. Это требует наличия такого подхода, который будет эффективным с технической точки зрения и прочно основанным на ценностях и целях, разделяемых ВОЗ и ее государствами-членами, и в то же время достаточно гибким для того, чтобы он мог быть адаптирован к различным системам и условиям в странах Региона, позволяя проводить эффективный анализ, разрабатывать конкретные рекомендации и оказывать консультативную помощь. Именно это предлагается в настоящем документе: подход, с помощью которого страны могут определять подходы к политике финансирования здравоохранения с учетом собственных национальных условий и особенностей.

Три основных элемента политики финансирования здравоохранения

4. Подход ВОЗ базируется на трех основных элементах (рис. 1). Начнем с ряда задач политики финансирования здравоохранения, которые применимы ко всем странам, учитывают основные ценности ВОЗ (2) и вытекают из концептуальной основы, содержащейся в “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.” (3). Они указывают **направление**, в котором реформы должны пытаться изменить систему. В этом качестве предлагаемые задачи политики служат также критериями, с помощью которых можно проводить оценку влияния реформ на системы финансирования здравоохранения. Вторым основным элементом является концептуальная основа для проведения анализа организационной структуры национальных систем финансирования здравоохранения. Он используется для описания функций и принципов, касающихся всех систем финансирования здравоохранения, независимо от модели или названия, используемого для их классификации. Использование такой описательной концептуальной основы необходимо для

проведения анализа в соответствии с условиями проведения конкретных реформ в конкретной стране, поскольку характер текущей организации системы финансирования здравоохранения обеспечивает *исходную точку*, с которой начинается любая реформа. Третий основной элемент заключается в понимании и анализе того, как основные контекстуальные факторы, в особенности финансовые трудности, ограничивают возможности достижения данной страной задач политики и могут ограничивать круг возможных политических решений, которые могут рассматриваться. Таким образом, это позволяет проводить *реальный анализ* того, что может быть реально осуществлено и достигнуто.

Рисунок 1. Три основных элемента анализа политики финансирования здравоохранения



5. Задачи предлагаемой нами политики финансирования здравоохранения основываются, в частности, на общих *целях* функционирования системы здравоохранения, описанных в “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.”¹ и определяются путем рассмотрения целей, на которых оказывают влияние схемы финансирования здравоохранения. На этой основе нами определены следующие задачи политики финансирования здравоохранения:

- задачи политики финансирования, которые, в целом, соответствуют общим целям системы здравоохранения:
 - усиление всеобщей защиты от финансовых рисков;
 - обеспечение более справедливого распределения бремени финансирования системы здравоохранения;
- задачи политики финансирования, которые являются вспомогательными промежуточными задачами для достижения общих целей системы здравоохранения:
 - обеспечение справедливого использования и предоставления услуг с учетом потребностей в таких услугах;
 - повышение уровня прозрачности и подотчетности системы перед населением;
 - улучшение качества и повышение эффективности предоставления услуг; и
 - повышение эффективности руководства системой финансирования здравоохранения.

¹ Этими целями являются: улучшение состояния здоровья и распределения показателей здоровья населения; повышение уровня и улучшение распределения показателей реагирования системы здравоохранения на ожидания населения (кроме показателей здоровья); повышение уровня “справедливости” финансовых вкладов в деятельность системы здравоохранения со стороны населения; и повышение общей эффективности системы, т.е. обеспечение максимального достижения предыдущих целей с учетом имеющихся ресурсов.

6. Описательная концептуальная основа также базируется на “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.”, в котором финансирование здравоохранения определено в качестве одной из четырех функций системы здравоохранения². Система финансирования здравоохранения состоит из конкретных подфункций и принципов – сбор доходов, объединение средств, приобретение (закупки) услуг, а также политика в отношении прав на льготы и пособия и обязанностей пациента нести долевое участие в расходах. На рис. 2 показана связь между финансированием здравоохранения, другими функциями системы, задачами политики финансирования здравоохранения и общими целями системы здравоохранения. Одним из важных аспектов, отраженных на этом рисунке, является то, что на промежуточные задачи и конечные цели оказывает влияние не только система финансирования здравоохранения; для достижения желаемых результатов важное значение имеет проведение скоординированной политики и ее реализация с участием всех функций системы здравоохранения.

Рисунок 2. Взаимосвязь системы финансирования здравоохранения с задачами политики, другими системными функциями и общими целями системы здравоохранения



² Другими функциями являются руководство, обеспечение ресурсов (инвестиции в человеческий и физический капитал и вводимые ресурсы) и предоставление услуг (службы индивидуальной медицинской помощи и службы здравоохранения для всего населения).

Первый основной элемент: предлагаемые задачи политики финансирования здравоохранения

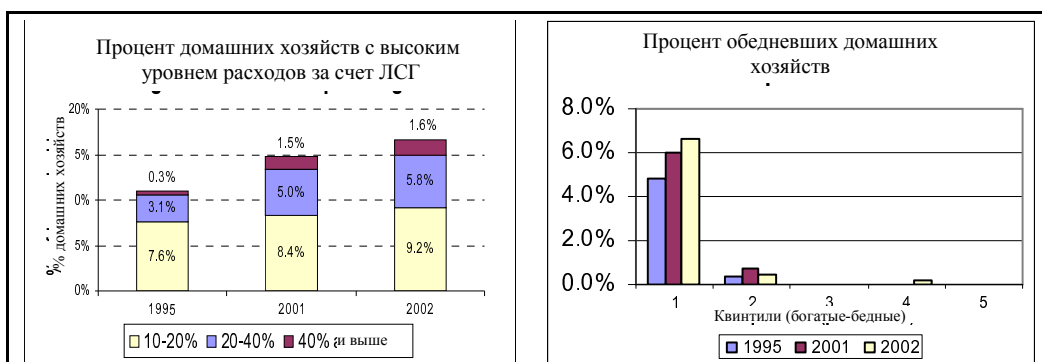
7. Задачи политики финансирования здравоохранения служат критериями, используемыми для оценки выполнения задач систем финансирования здравоохранения и эффективности их функционирования, а также эффективности реформ. Хотя страны используют различные подходы для практической реализации этих задач и придают каждой из них разную значимость, мы полагаем, что они являются универсально применимыми и не зависят от того, какое название носят схемы финансирования здравоохранения или какие модели финансирования используются. Кроме того, эти задачи могут воплощаться в конкретные действия, которые, в свою очередь, могут являться объектами практических действий по реализации политики.

8. Защита от финансового риска, связанного с ухудшением состояния здоровья, или *финансовая защита*, является целью, которая вкратце может быть сформулирована следующим образом: люди не должны становиться бедными в результате получения медицинской помощи, а также не должны принуждаться к осуществлению выбора между состоянием своего физического (и психического) здоровья и своим экономическим благополучием. В сущности, данная проблема отражает одну из самых непосредственных связей между состоянием здоровья и благосостоянием: степень обеднения людей в связи с расходами на медицинское обслуживание или, напротив, эффективность системы финансирования здравоохранения в отношении защиты людей от риска обнищания, позволяя им при этом пользоваться услугами служб здравоохранения. Существуют стандартные меры оценки выполнения этой задачи (4), которые могут использоваться в любой стране, располагающей достоверными данными обследования домашних хозяйств следующего характера:

- доля домашних хозяйств, в которых расходы на медицинское обслуживание достигают “катастрофического” уровня (расходы на медицинское обслуживание превышают определенную пороговую величину в процентах от общих расходов семьи или расходов, выходящих за рамки прожиточного минимума);
- уровень расходов, приводящий к обеднению, определяемый как влияние медицинских расходов на “индекс численности бедных” (численность или процентное соотношение домашних хозяйств, находящихся ниже национальной черты бедности в связи с расходами на медицинское обслуживание) или “глубину бедности” (насколько ниже черты бедности находится домашнее хозяйство в связи с расходами на медицинское обслуживание).

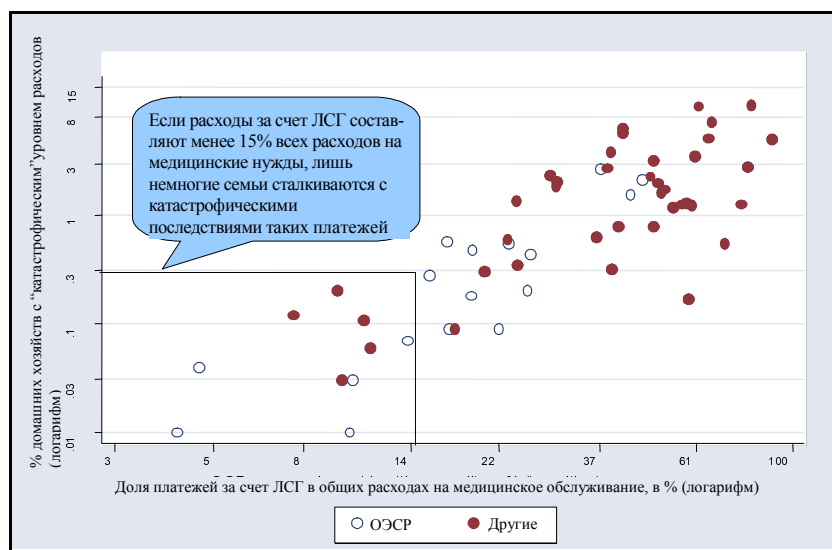
9. Примеры, иллюстрирующие эти понятия, показаны на рис. 3. Левый график показывает процент домашних хозяйств в Эстонии, в которых доля расходов на медицинское обслуживание, оплачиваемых за счет личных средств граждан (ЛСГ) превышает различные определенные “катастрофические” пороговые уровни (10%, 20% и 40% от общих расходов семьи) в 1995, 2001 и 2002 гг. Правый график показывает процент обедневших домашних хозяйств в группах с разным уровнем доходов, обедневших в результате расходов на медицинское обслуживание за счет ЛСГ за эти же три года.

Рисунок 3. Показатели расходов на медицинское обслуживание “катастрофического” и “обедняющего” характера в Эстонии (5)



10. Даже без глубокого анализа данных обследования с целью определения последствий “катастрофического” характера или приводящих к обеднению фактические данные по результатам международных исследований ясно указывают на то, что высокие уровни расходов за счет ЛСГ должны вызывать серьезную озабоченность. Проведенный ВОЗ анализ данных, полученных в отношении почти 80 стран (6) (рис. 4), указывает на значительную корреляцию между долей ЛСГ в общих расходах на медицинские нужды и процентом семей, испытывающих “катастрофические”³ последствия в связи с расходами на медицинское обслуживание.

Рисунок 4. Процент домашних хозяйств с “катастрофическим” уровнем расходов в сравнении с долей платежей за счет ЛСГ в общем объеме расходов на медицинские нужды

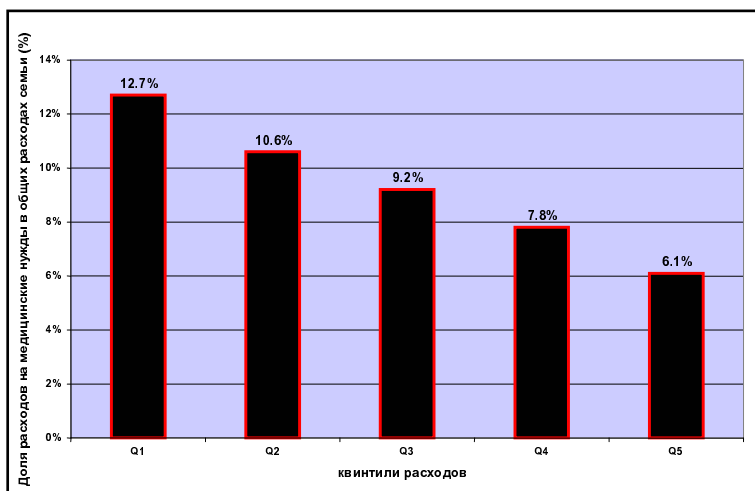


11. Связанной с предыдущей, но самостоятельной, является задача обеспечения *справедливого финансирования* системы здравоохранения. Это означает, что бедные не должны платить больше, чем богатые, относительно своей платежеспособности. Таким образом, задача обеспечения справедливости в отношении финансирования тесно взаимосвязана с такой основной ценностью, как солидарность. В принципе, анализ выполнения этой задачи должен носить всесторонний характер, включая изучение всех источников расходов на медицинские нужды и соотнесение их с конкретными домашними хозяйствами, которыми они были понесены как непосредственно в форме платежей за счет ЛСГ и (добровольных и обязательных) авансовых платежей на медицинское страхование, так и косвенно в виде нецелевых налогов. Для проведения полного анализа необходимо выявление различных источников финансирования системы здравоохранения, проведение анализа их дистрибутивного влияния (т.е., кто платит) и агрегирование этих данных по их относительной значимости для общего финансирования системы здравоохранения. Полученные на международном уровне фактические данные (7) убедительно указывают на то, что источники обязательных авансовых платежей (общее налогообложение и отчисления из фонда заработной платы на обязательное медицинское страхование), обычно носят более справедливый характер, источники добровольных авансовых платежей (добровольное медицинское страхование) характеризуются меньшим уровнем справедливости, а платежи за счет ЛСГ являются наиболее несправедливыми. На рис. 5 в графической форме представлено неравенство в распределении расходов за счет ЛСГ на медицинское обслуживание в 2002 г. в Албании (8), где доля доходов, расходуемая самой богатой пятой частью населения, была в два раза выше, чем у самой бедной пятой части населения. Таким образом, для многих стран претворение слова “солидарность” в

³ Используемый в данном анализе “катастрофический” пороговый уровень составляет 40% от уровня доходов семьи, выходящего за рамки прожиточного минимума (доход, остающийся в распоряжении семьи после удовлетворения основных потребностей, таких как потребность в пище).

действие требует разработки и осуществления стратегий реформ с конкретными задачами для снижения доли расходов за счет личных средств в общем объеме расходов на медицинские нужды.

Рисунок 5. Неравенство в отношении расходов за счет личных средств, Албания, 2002 г.



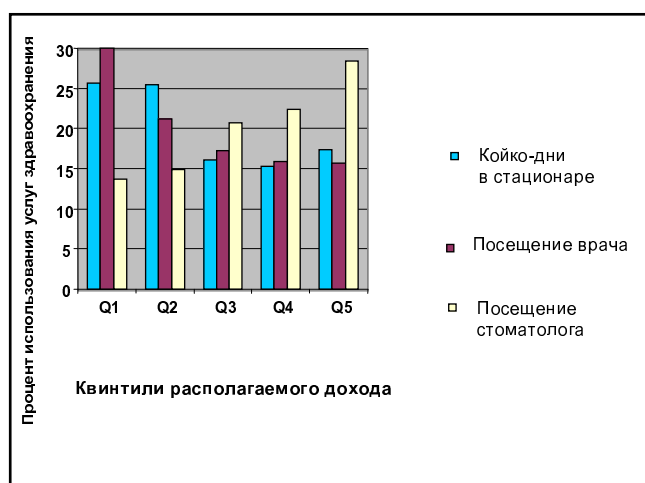
12. Рассмотрение вопросов, связанных с финансовой защитой и соблюдением принципа справедливости в отношении финансирования, недостаточно для оценки системы финансирования здравоохранения конкретной страны. Причина этого заключается в том, что эти задачи финансирования не отражают воздействия данной системы на показатели использования служб здравоохранения населением. В самом деле, поскольку платежи за счет личных средств происходят по определению при использовании услуги, и поскольку такая форма платежей имеет пагубные последствия для достижения задач обеспечения финансовой защиты и справедливости в отношении финансирования, показатели, связанные с этими задачами политики, будут улучшаться в том случае, если менее обеспеченная часть населения не будет пользоваться услугами здравоохранения⁴. Таким образом, для правильной интерпретации политики влияние системы финансирования здравоохранения на показатели использования служб здравоохранения следует рассматривать одновременно с задачами финансирования (9).

13. Задача обеспечения *справедливости в отношении использования* может быть сформулирована следующим образом: услуги здравоохранения и ресурсы должны распределяться в соответствии с потребностями, а не иными факторами, такими как возможности граждан оплачивать услуги. Хотя задачи финансирования касаются преимущественно того, как привлекаются денежные средства для оплаты услуг системы здравоохранения, задача в отношении их использования касается (с точки зрения вклада политики финансирования здравоохранения) в большей степени того, как денежные средства расходуются системой здравоохранения. Таким образом, решение задачи обеспечения справедливости в отношении использования услуг здравоохранения требует справедливости в распределении расходов на нужды здравоохранения и ресурсов в качестве средства для решения этой задачи. Хотя сама эта задача нетрудна для понимания, проведение последовательной оценки связано с определенными трудностями, поскольку стандартной и малозатратной методики получения объективной оценки *потребностей* не существует. Многие исследования основываются на получении ответов на вопросы, задаваемые

⁴ Если менее обеспеченные люди будут в большей степени лишены возможности использования служб здравоохранения ввиду их высокой стоимости, на долю показателей использования этих служб и платежей за счет личных средств более обеспеченной части населения будет приходиться большая часть общей величины этих показателей. В результате данные обследования домашних хозяйств в отношении расходов на медицинские нужды будут показывать, что финансирование системы здравоохранения представляется более справедливым, чем в случае, если бы бедные и богатые использовали бы службы здравоохранения в равной степени и платили одинаковые суммы.

в ходе обследования, в результате чего они пытаются связать показатели использования услуг с самооценками состояния здоровья или потребностей. Такие показатели несовершенны, однако могут использоваться на практике при условии принятия разумных допущений о том, как следует интерпретировать данные в отношении использования и потребностей. Например, на рис. 6 представлены результаты анализа данных обследования, проведенного в Ирландии, в отношении использования различных видов служб здравоохранения в сравнении с распределением доходов. На долю наименее обеспеченных 40% населения (двух самых низких квинтилей доходов) приходилось более половины койко-дней пребывания в стационаре и обращений к врачу общей практики. В то же время, картина в отношении обращений к стоматологам является обратной – более 28% обращений приходится на долю самых обеспеченных 20% населения (10). Распределение показателей использования услуг врачей общей практики и стационарной помощи “в пользу бедных” может объясняться различиями в фактических потребностях, а также эффективной защитой, обеспечиваемой системой финансирования здравоохранения Ирландии по сравнению с объемом затрат на использование этих служб. Напротив, распределение показателей использования услуг стоматологов “в пользу богатых” вряд ли отражает реальные потребности населения и может быть связано в большей степени с осуществлением платежей за посещение стоматологов по месту предоставления услуг, что может затруднять использование этих служб людьми с более низким уровнем доходов.

Рисунок 6. Процент использования услуг здравоохранения по квинтилям располагаемого дохода в Ирландии, 2000 г.



14. Задача повышения уровня *прозрачности и подотчетности* системы для населения связана с трудностями в отношении интерпретации и оценки. Таким образом, представляется целесообразным ограничить данное понятие его использованием в качестве практического критерия для оценки финансовой системы или реформ. В этой связи основной проблемой является хорошее понимание всеми сторонами прав и обязанностей населения, что отражает обязательства государства перед гражданами. В этой связи государство должно периодически отчитываться перед населением о том, в какой степени эти обязательства выполняются на практике.

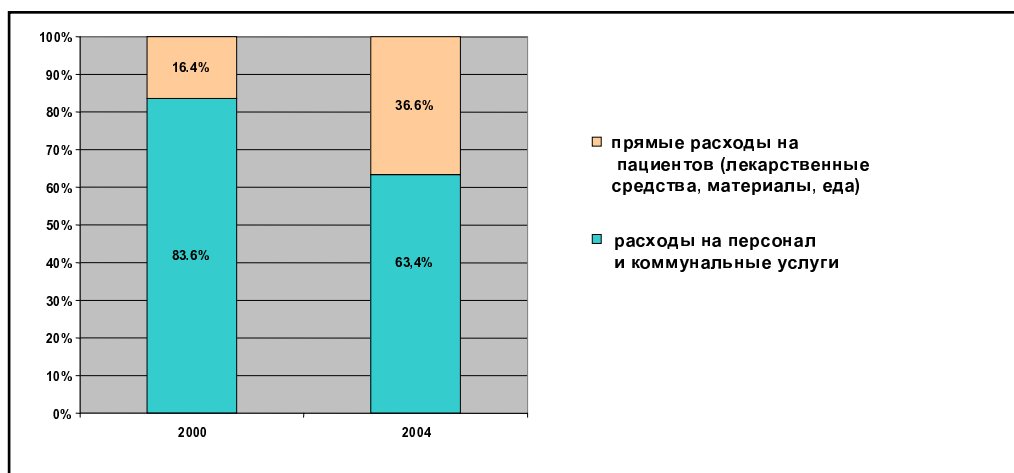
15. Одной из конкретных проблем, связанных с обеспечением прозрачности во многих странах Региона, является использование неофициальных платежей за получение медицинской помощи – прямых взносов со стороны пациентов (или лиц, действующих от их имени, например, членов семьи), осуществляемых в дополнение к другим платежам, требуемым согласно условиям получения такой помощи, наличными или в натуральном выражении, в пользу тех, кто предоставляет медицинскую помощь, за услуги и соответствующие ресурсы, на которые пациенты имеют право (11). Степень использования таких платежей является непосредственным проявлением отсутствия прозрачности, поскольку обязанность осуществлять эти платежи не

предусмотрена, но реально существует. В ходе реформ, направленных на обеспечение большей прозрачности деятельности, возникают трудности в отношении выявления таких платежей и оценки их размеров. Однако целый ряд опубликованных результатов эмпирических исследований по изучению масштабов данной проблемы в Европейском регионе и в других местах указывает на возможность разработки надежных показателей оценки неофициальных платежей (12).

16. Задача обеспечения подотчетности с трудом поддается количественной оценке, однако она имеет важное значение и, конечно, возможна ее качественная оценка. Следует уделять внимание механизмам обеспечения подотчетности “организаций, финансирующих здравоохранение”, таких как фонды обязательного медицинского страхования или другие государственные ведомства, осуществляющие управление финансовыми ресурсами системы здравоохранения. Данная проблема связана с целым рядом аспектов – от относительно простых, таких как контроль за движением финансовых средств и отражение их в отчетности (например, аудит), до более сложных, таких как подготовка отчетов об эффективности с использованием ряда согласованных показателей, и самых сложных, таких как усиление легитимности правительства в глазах граждан (13). Отличным примером “подотчетности, ориентированной на результаты”, является ежегодный отчет Эстонского фонда медицинского страхования, в котором опубликованы результаты, основанные на целом ряде показателей эффективности деятельности, связанных с уровнем удовлетворенности населения и его информированности о собственных правах, доступом к службам здравоохранения и уровнем их качества, соблюдением должного баланса между ресурсами и предоставляемыми льготами, качеством обслуживания потребителей, а также принципами корпоративного управления и эффективной хозяйственной практики (14).

17. Схемы финансирования должны обеспечивать вознаграждение за оказание помощи высокого *качества* и предусматривать *стимулы для повышения эффективности* при организации и предоставлении услуг здравоохранения. Для получения успешных результатов необходимо, чтобы эти стимулы соответствовали правилам, которыми руководствуются провайдеры услуг, а также их управленческим качествам для создания целостной и эффективной среды, в которой провайдеры могут адекватно реагировать на сигналы со стороны системы финансирования. Для целей практической политики мы не пытаемся использовать универсально применимые показатели количественной оценки выполнения этих задач, а предлагаем использовать косвенные показатели с учетом особенностей каждой страны и конкретных ситуаций. Например, введенные в 2003 г. контракты между Британской национальной службой здравоохранения и врачами общей практики предусматривают финансовое вознаграждение за достижение определенных показателей, касающихся артериального давления и уровней холестерина, а контракты со стационарными учреждениями во Франции предусматривают сокращение числа случаев внутрибольничных инфекций (15). В странах бывшего Советского Союза основное внимание при проведении реформ, ориентированных на показатели эффективности, уделялось сокращению физической инфраструктуры систем здравоохранения в связи с высоким уровнем постоянных издержек, связанных с их содержанием. В этой связи важным показателем эффективности является доля расходов на покрытие постоянных издержек, связанных со структурой системы здравоохранения (например, коммунальные услуги, персонал) по сравнению с расходами, непосредственно связанными с лечением пациентов (например, лекарственные средства, медицинские материалы). В качестве примера на рис. 7 приводится ситуация в Кыргызстане (16).

Рисунок 7. Структура государственного финансирования больниц в Кыргызстане до и после финансовой реформы



18. Повышение *эффективности административного руководства* предусматривает уделение основного внимания сведению до минимума дублирования функциональной ответственности за управление системой финансирования здравоохранения. Это не означает наличия широкой программы снижения административных расходов; в реальности многие такие расходы необходимы и способствуют повышению эффективности системы здравоохранения. Таким образом, следует также уделять внимание попыткам максимально повысить экономическую эффективность (с точки зрения влияния на задачи политики) административных функций. Экономическая эффективность конкретных административных функций, таких как процессы, используемые закупочными агентствами для проверки целесообразности госпитализации, зависит от того, насколько хорошо они выполняются, и не дублируется ли ответственность за их реализацию несколькими агентствами. В некоторых случаях система финансирования здравоохранения сама создает то, что можно назвать “чистыми издержками” в том смысле, что затраты производятся на выполнение того, что никак не способствует улучшению функционирования системы здравоохранения. Примерами таких затрат служат инвестиции, осуществляемые конкурирующими страховщиками для выявления и привлечения относительно здоровых лиц; такие инвестиции обеспечивают получение частных доходов, однако не способствуют выполнению задач политики, определяемых в данном документе (17).

Второй основной элемент: концептуальная основа для понимания организационной структуры систем финансирования здравоохранения

19. Системы финансирования здравоохранения нередко подразделяются на различные категории в соответствии с моделями или по названиям (например, Беверидж, Бисмарк, Семашко). Такие обозначения могут быть полезны для отражения важного политического значения или культурной среды, в которой данная система здравоохранения рассматривается в качестве “образа жизни” (1). Например, во многих странах с экономикой переходного периода определение характера проводимой реформы как переход к “системе страхования” использовалось для того, чтобы заявить об отказе от принципа иерархического управления системой здравоохранения и экономикой, использовавшегося ранее. Однако при более узком взгляде на данный вопрос через призму политики финансирования здравоохранения, такие широкие классификации мало способствуют пониманию существующих систем или оценке эффективности возможных реформ. Модели определяются, главным образом, по источнику финансирования (т.е. общие бюджетные доходы или поступления за счет налогов на фонд заработной платы), однако все больше растет признание того, что страны могут проводить значительные реформы своих систем финансирования без изменения источников поступления финансовых средств и уже проводят

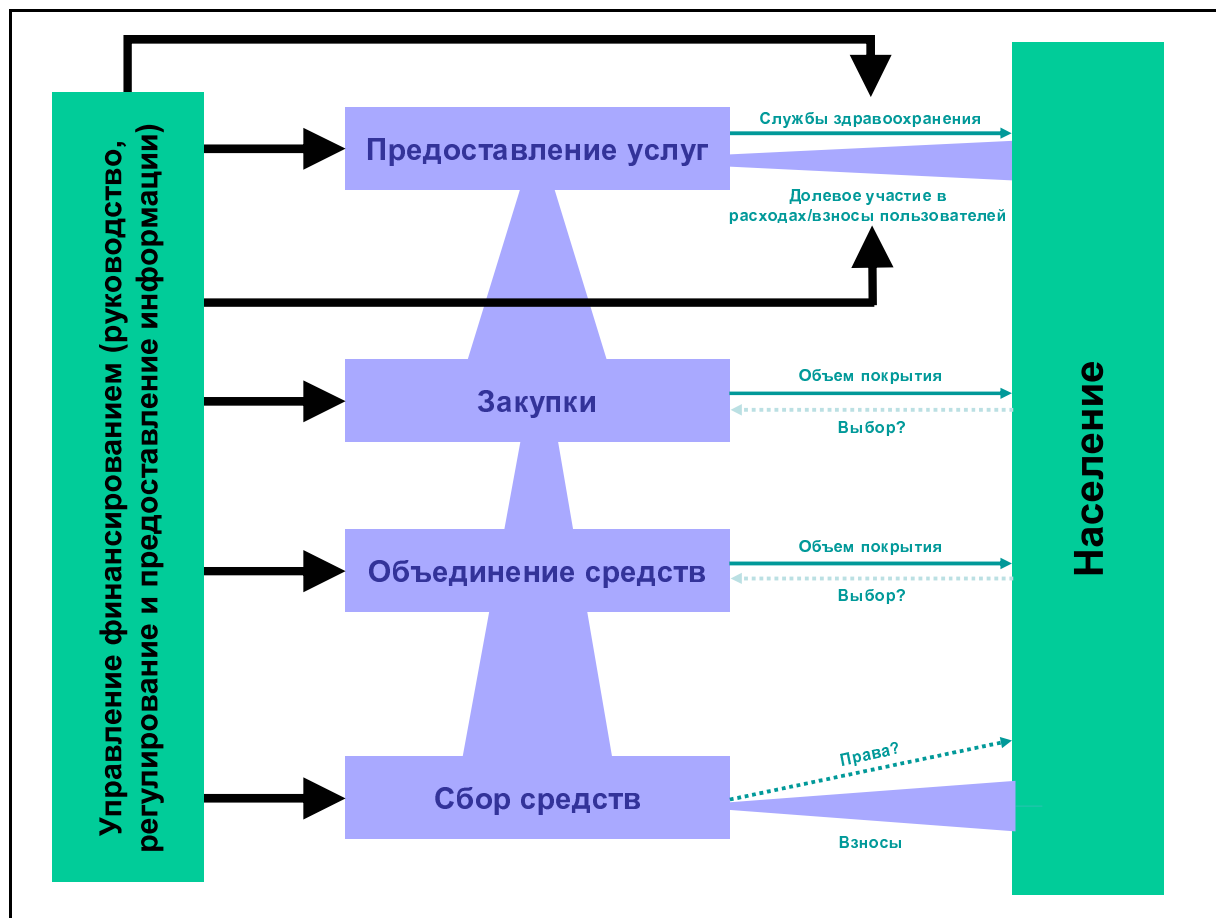
такие реформы. С концептуальной точки зрения, источник финансирования не должен определять характер организации данного сектора, механизмы распределения ресурсов или степень точности процедуры установления прав на получение льгот и пособий. Пример Испании показывает, как переход от системы, финансировавшейся преимущественно за счет взносов работника/работодателя, к системе, финансируемой, в основном, за счет общих налоговых поступлений, не изменил взаимоотношений между населением и системой здравоохранения (18)⁵. В качестве другого примера в Республике Молдова в 2004 г. была введена схема использования налогов на фонд заработной платы и фонда обязательного медицинского страхования, однако большая часть средств фонда страхования поступает за счет перечислений общих доходов (19). Таким образом, использование таких категорий, как “системы, финансируемые за счет налогов” или “системы социального медицинского страхования”, является не только концептуально неадекватным, но такое представление о системах финансирования здравоохранения может фактически ограничивать рассмотрение вариантов возможных политических решений или концентрировать внимание на успехах или неудачах конкретных схем, а не на их влиянии на систему здравоохранения и население в целом (17).

20. Для описания различных систем финансирования здравоохранения и реформ, которые проводятся в Регионе, используемая нами концептуальная основа объединяет различные *подфункции* и принципы финансирования здравоохранения, приведенные на рис. 8 – сбор доходов, объединение средств, закупки и политика в отношении льгот и долевого участия пациентов в расходах (решения в отношении объема страхового покрытия). Это дает ясное представление о взаимосвязях между ними, о том, как они связаны с предоставлением услуг, с населением и, кроме того, с “управлением финансированием”. Последнее понятие практически реализуется с помощью схем управления для организаций и ведомств, выполняющих эти субфункции, а также предоставления информации и мер регулирования, позволяющих системе давать лучшие результаты. В этом смысле каждая подфункция может быть представлена в виде определенного “рынка” в сочетании с мерами руководства, регулирования и информационного обеспечения, необходимыми для ориентации этих рынков на достижение конечных результатов, желательных для общества. Таким образом, поддерживаемый данной концептуальной основой подход способствует более широкому взгляду на систему финансирования здравоохранения, уделяя основное внимание взаимодействиям между различными частями системы, а не конкретным инструментам проведения реформ. Это позволяет избежать уделения излишнего внимания “чудодейственным средствам” (т.е. отдельным инструментам проведения реформ), которые редко дают успешные результаты для выполнения задач политики.

21. Подфункции, принципы и взаимосвязи, изображенные на рис. 8, являются общими (даже если они не выражены в явной форме) для всех систем, включая Беверидж, Бисмарк, Семашко или любые промежуточные. Детальное знание каждого из “блоков” и “стрелок” имеет важное значение для понимания существующей системы финансирования здравоохранения конкретной страны и, в сочетании с оценкой эффективности функционирования системы с точки зрения достижения задач политики, описанных выше, для первоначального выявления и оценки возможных вариантов реформы. Данная концептуальная основа предоставляет лицам, формирующим политику, инструмент для управления этими деталями – “контрольный перечень” функций и взаимосвязей, которые следует принимать во внимание при выработке всестороннего и эффективного подхода к проведению политики финансирования здравоохранения и реформ.

⁵ В систему были включены конкретные ранее “неохваченные” группы населения, такие как футболисты, монахини и другие, однако для большинства населения не произошло изменений в отношении объема страхового покрытия или прав.

Рисунок 8. Концептуальная основа для понимания организации систем финансирования здравоохранения (адаптировано по (17))



22. Мы применяем эту концептуальную основу во всех странах, с которыми мы сотрудничаем, в деятельности, касающейся политики финансирования здравоохранения. Проведение анализа начинается с центральной части рис. 8, отражающей подфункции финансирования здравоохранения и связи каждой из них с населением. Затем мы переходим к вопросам управления системой финансирования. Рисунок носит общий характер и может быть адаптирован к самым разнообразным условиям. Это разнообразие, в основном, касается различных комбинаций организационной интеграции или разделения функций (например, интеграция сбора средств, их, объединения и закупок услуг, что является общей чертой большинства схем частного финансирования, или интеграция функций закупок и предоставления услуг, что характерно для некоторых государственных систем и некоторых частных организаций медицинского обеспечения). Понимание степени монополии или конкуренции при реализации конкретной подфункции (“горизонтальная рыночная структура”), а также характера интеграции или разделения функций (“вертикальная рыночная структура”) необходимо для понимания всей системы.

23. Подфункция *сбора доходов* включает изучение того, какие учреждения осуществляют сбор денег, какие способы уплаты взносов используются и каковы первоначальные источники финансирования. Связь между сбором средств и населением основывается на очевидном факте, о котором нередко забывают – источником всех финансовых средств, помимо получаемых из других стран или внешних агентств по предоставлению помощи, является население. Правительство является не “источником” средств, а лишь собирает налоговые поступления, источником которых является население. Таким образом, категории, которые обычно используются для классификации источников финансирования, фактически касаются, в основном, механизмов внесения взносов:

общие (т.е. нецелевые) налоговые поступления, поступления за счет налогов на фонд заработной платы, которые обычно предназначены для обязательного медицинского страхования (часто называемые “взносами социального медицинского страхования”), добровольные авансовые платежи (обычно для схем добровольного медицинского страхования) и непосредственные платежи за счет личных средств при использовании услуги. Важным вопросом является наличие или отсутствие связи между взносом и предоставляемыми правами (пунктирная стрелка от “сбора средств” к “населению” на рисунке). В некоторых системах такая связь существует (например, если взносы осуществляются отдельными лицами или от их имени, и эти лица имеют право на получение льгот в связи с внесением таких взносов), в то время как в других системах наличие права обусловлено гражданством или местом жительства. Наличие или отсутствие такой связи между взносом и предоставлением прав является важным концептуальным различием между так называемой “системой социального медицинского страхования” и так называемой “системой на основе налогов”.

24. В более общем смысле, **объединение** средств означает накопление предоплаченных доходов от имени населения. Объединение средств для оказания медицинской помощи осуществляется широким кругом различных государственных и частных учреждений, включая национальные министерства здравоохранения, децентрализованные подразделения министерств здравоохранения, местные органы власти, фонды социального медицинского страхования, частные коммерческие и некоммерческие страховые фонды и общественные неправительственные организации. Функцию объединения средств выполняют также учреждения, перераспределяющие финансовые средства между фондами (например, для корректировки доходов конкурирующих страховых фондов от сбора взносов с учетом рисков). Изменения характера накопления финансовых средств может оказывать влияние не только на уровень защиты населения от финансовых рисков, связанных с использованием медицинской помощи, но также на обеспечение справедливости в распределении ресурсов здравоохранения, возможности систем обеспечивать стимулы для повышения эффективности организационных механизмов предоставления услуг, а также эффективности общего руководства системой здравоохранения. Таким образом, представляется целесообразным рассматривать не только задачу объединения рисков для финансовой защиты, но также то, каким образом объединенные финансовые ресурсы могут быть реорганизованы для облегчения работы по достижению других задач политики. Как и в отношении других аспектов системы, важное значение имеет понимание рыночной структуры объединения средств. Основное значение в этой связи имеет наличие конкуренции или монополии: имеет ли население возможность выбора между учреждениями, занимающимися объединением средств (страховыми компаниями) или они приписаны к определенному учреждению по географическому принципу или по роду своей деятельности. Другими важными аспектами рыночной структуры является наличие единого национального фонда или множества фондов, а также (при наличии неконкурирующих фондов) являются ли они самостоятельными и действующими по территориальному принципу или их деятельность частично дублирует друг друга.

25. **Закупки** означают передачу объединенных средств провайдерам от имени населения. Вместе с объединением, как показано стрелками на рис. 8, закупки позволяют обеспечивать страховым покрытием отдельных лиц. Иными словами, финансовые средства объединяются и услуги закупаются от имени всего населения или некоторой его части. Основные проблемы в области закупок должны быть связаны с учреждениями, которые осуществляют эту подфункцию, рыночной структурой закупок, а также механизмами, используемыми для осуществления закупок. Проблемы, касающиеся учреждений и рыночной структуры, очень схожи с теми, которые касаются объединения средств, поскольку в большинстве стран закупками услуг занимаются те же учреждения, которые осуществляют объединение средств (за исключением учреждений, отвечающих только за перераспределение средств в другие фонды). Многие реформы в Регионе уделяли основное внимание тому, как учреждения осуществляют закупку услуг, подчеркивая важность стимулов для улучшения качества и повышения эффективности предоставления услуг. Для *стратегического* отбора и закупок услуг используются многие различные механизмы, однако такие меры, по крайней мере в отношении некоторых отчислений провайдерам, основываются на

информации об их эффективности или о потребностях населения в области здравоохранения. Конкретные механизмы включают изменение процедур заключения контрактов с провайдерами и оплаты в целях изменения стимулов и создания особых условий, связанных с повышением качества или эффективности. С этим могут быть связаны ретроспективные административные процедуры для проверки качества и надлежащего характера медицинской помощи или, как минимум, выявления случаев составления недобросовестных отчетов (20). В условиях, когда имеется множество конкурирующих закупочных ведомств, создание целостной среды, обеспечивающей стимулы, и сведение к минимуму непродуктивных административных расходов для провайдеров создает серьезные сложности в области регулирования.

26. Политика в отношении *льгот и долевого участия пациентов в расходах* (например, совместные платежи) обеспечивает, пожалуй, самую прямую связь между системой здравоохранения и населением. В этой связи пакет льгот можно рассматривать как услуги и средства доступа к услугам, которые приобретатель (приобретатели) оплачивает из объединенных средств. Это определение подразумевает, что услуги, не входящие в этот пакет (полностью или частично) должны оплачиваться (полностью или частично) самими пациентами в рамках системы государственного финансирования или вне ее. Это делает очевидным связь между льготами и долевым участием в расходах (т.е., услуги, стоимость которых покрывается лишь частично, оплачиваются за счет долевого участия в расходах) и переносит политику в этой области в рамки интегрированной политики финансирования здравоохранения с тем, чтобы она не представляла собой набор изолированных мер, направленных на нормирование услуг, получение дополнительных доходов или сдерживание спроса. Включая в это определение “средства доступа”, можно рассматривать пакет льгот в качестве одного из инструментов, позволяющих управлять показателями использования желаемым образом (например, делая так, чтобы право на получение специализированной помощи зависело от необходимости направления службами первичной медико-санитарной помощи).

27. При рассмотрении структуры пакетов льгот или их изменения возникает целый ряд вопросов и соображений. Обычно основное внимание уделяется принятию решений о том, какие услуги должны быть включены в данный пакет, одновременно предпринимая попытки сбалансировать технические подходы к оценке потребностей населения в области здравоохранения (21), оценке технологий и экономической эффективности осуществляемых мер (22)⁶, а также необходимости привлекать к участию в данном процессе граждан и группы поддержки (23). Хотя эти действия имеют важное значение, в некоторых случаях повышенное внимание к техническим аспектам структуры пакета льгот может привести к тому, что в этом пакете не будет уделяться должного внимания основным задачам и их связи с общей политикой финансирования здравоохранения. В частности, пакет льгот наиболее тесным образом связан с задачей усиления прозрачности в отношении предоставляемых прав (т.е. имеющихся в распоряжении услуг) и обязанностей (т.е. правил, которые необходимо соблюдать для получения прав, например, осуществление совместных платежей, соблюдение определенных каналов для направления в специализированные учреждения и т.д.). Таким образом, залогом успеха служит понимание населением своих прав и обязанностей.

⁶ Помимо инструментария программы WHO-CHOICE, имеются значительные ресурсы для оказания поддержки странам в этих технических областях. Центр проведения обзоров и распространения информации Университета Йорка располагает базой данных по экономической оценке национальной системы здравоохранения и базой данных по оценке медицинских технологий (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/index.htm>), которые содержат критически проанализированные фактические данные по результатам экономической оценки мер здравоохранения и технологий здравоохранения. Международная сеть агентств по оценке технологий здравоохранения (INAHTA) обеспечивает форум для оперативного обмена опытом и сотрудничества между учреждениями, занимающимися оценкой технологий здравоохранения (http://www.inahta.org/inahta_web/index.asp). Созданная в 1993 г. сеть INAHTA в настоящее время включает 45 агентств-членов в 22 странах, из которых 15 расположены в Европейском регионе ВОЗ.

28. Наконец, важное значение имеет характер реализации функции *руководства* системой финансирования. Это включает общую структуру системы, вопросы управления ею и оказание поддержки по принципу “сверху-вниз” для улучшения ее функционирования. В этой связи представляется целесообразным рассматривать подфункции и принципы, изображенные на рис. 8, как *рынок*. В любой стране (или ее отдельном регионе) учреждения, которые выполняют данную субфункцию, могут характеризоваться как являющиеся, например, конкурентоспособными, монополистическими и т.д. Для эффективного согласования этих рыночных механизмов с задачами политики финансирования здравоохранения необходимо обеспечить предоставление информации и мер регулирования. Примерами информационного обеспечения может служить предоставление как населению, так и провайдерам информации о категориях населения и услугах, которые освобождены от долевого участия в расходах, или разработка и распространение рекомендаций, помогающих потребителям делать выбор между конкурирующими страховщиками. Примерами мер регулирования могут служить установление “периодов свободного приема в число членов”, что позволяет людям менять страховщиков или учреждения первичной медико-санитарной помощи, или принятие требований к учреждениям, осуществляющим закупки, чтобы они проводили необходимые консультации прежде, чем отказать в предоставлении определенных услуг пациентам. С этим тесно связаны вопросы, касающиеся общей структуры системы финансирования – от введения специальных мер, таких как стандартизированный основной пакет льгот или схем компенсации рисков в условиях конкуренции между страховщиками, до более общей проблемы обеспечения соответствия различных инструментов финансовой политики друг другу, а также соответствующим стратегиям в области предоставления услуг.

Третий основной элемент: принятие во внимание финансовых ограничений и других контекстуальных факторов

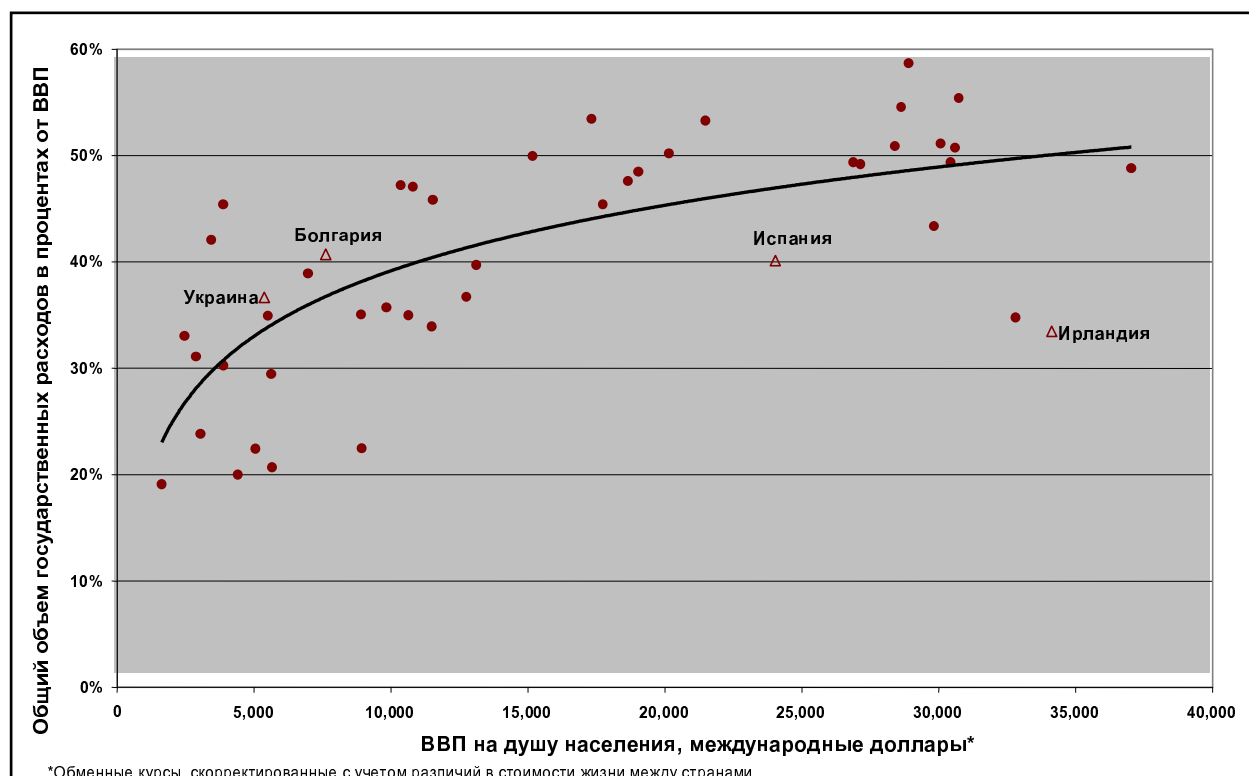
29. Хотя страны могут разделять основные ценности и соглашаться с общими целями систем здравоохранения и задачами политики финансирования здравоохранения, существуют факторы вне системы здравоохранения, которые ограничивают возможности различных стран по реализации этих задач, целей и ценностей на практике. Для финансирования здравоохранения наиболее важным контекстуальным фактором является финансовая среда деятельности. Это касается возможностей правительства в области мобилизации налоговых поступлений⁷ и других государственных доходов, а также необходимости обеспечения их сбалансированности с общими государственными расходами. Поскольку системы, которые полагаются в большей степени на государственное финансирование, обычно достигают лучших результатов в области выполнения таких задач, как финансовая защита, обеспечение справедливости в отношении финансирования и справедливости в отношении использования, финансовая среда имеет важнейшее значение потому, что чем большим объемом финансовых средств располагает правительство, тем больше средств оно способно расходовать на нужды здравоохранения.

30. Хорошим показателем финансовой среды деятельности является соотношение государственных доходов (или расходов) к валовому внутреннему продукту (ВВП). В целом, более богатые страны обычно более эффективно мобилизуют налоговые поступления (относительно объемов их экономической деятельности). Сбор налогов обычно сложнее осуществлять в более бедных странах, поскольку большая часть населения обычно проживает в сельской местности или работает в неофициальном секторе экономики (24,25). Как показано на рис. 9, эта взаимосвязь между уровнем национального дохода и бюджетной обеспеченностью касается стран Европейского региона. В то же время разброс показателей отдельных стран относительно общей тенденции показывает, что ВВП на душу населения не полностью определяет финансовую среду деятельности. Например, уровень государственных расходов в процентном отношении к ВВП в Болгарии и в Испании примерно одинаков, несмотря на то, что ВВП на душу

⁷ Это включает все формы обязательных взносов, таких как подоходный налог и налог на добавленную стоимость, которые входят в число общих государственных доходов, а также налоги на фонд заработной платы, которые специально предназначены для целей социального обеспечения, включая (обязательные) взносы медицинского страхования.

населения в Испании более чем три раза выше. Аналогичным образом, Ирландия и Украина имеют примерно одинаковое соотношение уровня государственных расходов к ВВП, хотя ВВП на душу населения в Ирландии в шесть раз выше. Это еще раз подчеркивает важность понимания финансовой ситуации, а не просто уровня доходов при проведении анализа контекстуальных факторов для выработки политики здравоохранения в конкретной стране.

Рисунок 9. Бюджетная обеспеченность и уровень национального дохода в странах Европейского региона, 2003 г.
(Оценки ВОЗ для государств-членов с численностью населения более 500 000 человек)



31. Правительства стран должны помнить о своих бюджетных возможностях; они не могут просто расходовать средства для удовлетворения всех потребностей общества. Государственный сектор должен быть *финансово устойчивым*; должно обеспечиваться равновесие между расходами и доходами. Это касается также систем финансирования здравоохранения. Однако *финансовая устойчивость – это требование, а не задача политики финансирования здравоохранения*; системы финансирования здравоохранения должны оцениваться по той степени, в которой они обеспечивают достижение задач политики с учетом того, что они способны достичь, выполняя при этом требования сохранения финансового равновесия⁸. Таким образом, существует очень важное различие между эффективностью и финансовой устойчивостью. Многие страны, сталкивающиеся с постоянной нехваткой средств в секторе здравоохранения, вполне справедливо озабочены данной проблемой, однако уделение повышенного внимания лишь устранению дефицита может отвлечь внимание от лежащих в основе этой проблемы недостатков деятельности, которые служат ее причиной. В странах, где государственные больницы могут перекладывать проблему нехватки средств на правительство, например, такое отсутствие подотчетности является источником неэффективного управления ресурсами, в то время как дефицит средств, является лишь проявлением существующей проблемы. Некоторые страны, сталкивающиеся с этим, в качестве ответной меры планируют сокращение пакета льгот (т.е. увеличение обязательств пациентов в

⁸ Это схоже с различиями между достижениями системы здравоохранения и эффективностью деятельности системы здравоохранения (3).

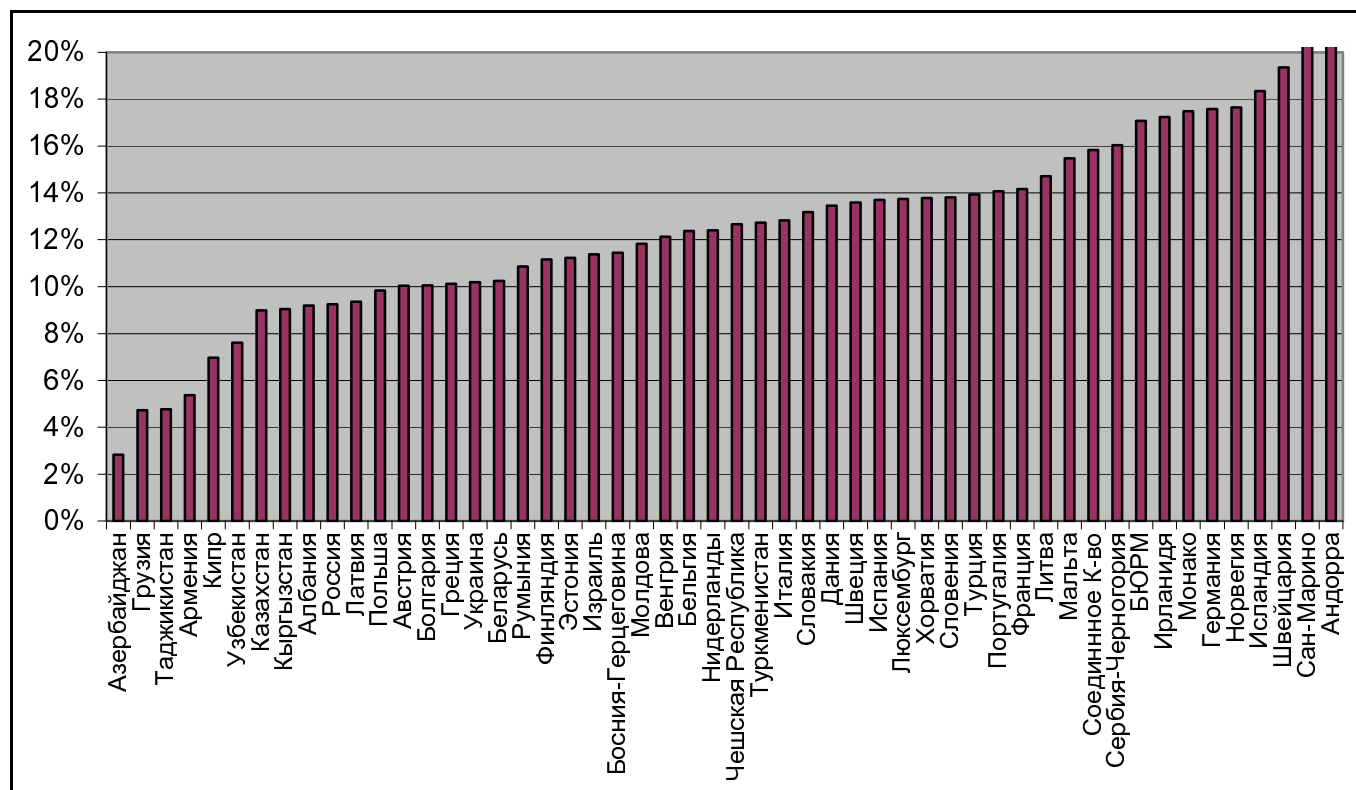
отношении долевого участия в расходах) и расширяют охват схемами добровольного дополнительного медицинского страхования для смягчения воздействия этих дополнительных платежей на население. Такие меры могут действительно обеспечить временное решение проблемы дефицита, однако никак не способствуют устранению коренных причин данной проблемы. В результате дефицит средств в будущем будет возникать вновь, а проводимые реформы будут оказывать неблагоприятные последствия с точки зрения соблюдения справедливости и обеспечения финансовой защиты (поскольку менее обеспеченные и более больные люди будут испытывать большие трудности при получении добровольного медицинского страхования). Рассматривая финансовую устойчивость как обязанность жить в рамках существующего бюджета, а не как цель, основное внимание лиц, формирующих политику, может смещаться от мер, направленных на снижение дефицита, к принятию более широкого взгляда на проблему борьбы с существующими недостатками в качестве средства минимизации их воздействия на задачи системы здравоохранения, одновременно выполняя требование поддержания финансового баланса.

32. Ограничения в отношении сумм, которые правительства могут расходовать на нужды здравоохранения, подразумевают необходимость осуществления явного и неявного нормирования, что, в свою очередь, означает выбор оптимального соотношения между достижением задач политики финансирования здравоохранения и необходимостью поддержания финансового баланса. Чем более ограничена финансовая среда деятельности, тем более жесткими будут эти *оптимальные соотношения*, обеспечивающие устойчивость. Однако с развитием процесса глобализации в мире происходит и будет продолжаться снижение размера налогов во всех странах, включая более богатые, в связи с конкуренцией между ними с целью привлечения международных компаний. Таким образом, все страны сталкиваются с необходимостью решать проблему нахождения оптимального соотношения для обеспечения устойчивости. При этом нередко возникает задача побуждать их рассматривать данную проблему как открытое решение социальных вопросов с участием всего общества, а не как косвенный результат бездействия.

33. В то же время финансовая устойчивость является сложным понятием. Пределы возможностей правительств по мобилизации налоговых поступлений от своих граждан действительно ограничивают их возможности расходовать средства, и страны в действительности не могут постоянно иметь дефицит бюджета. В конечном итоге, общие государственные расходы должны быть приведены в соответствие с имеющимися государственными доходами. Однако *финансовую устойчивость одного сектора* государственных расходов, такого как здравоохранение, обеспечить сложнее. Величина государственных расходов на нужды здравоохранения зависит частично от финансовых условий деятельности и частично от решений, принимаемых правительством в отношении приоритетных задач. С математической точки зрения, государственные расходы на нужды здравоохранения в процентах к ВВП являются произведением общегосударственных расходов в процентах к ВВП (финансовый потенциал правительства) на долю их расходов, выделенных для сектора здравоохранения. Как показано на рис. 10, эта доля, отражающая степень приоритетности, которая придается правительством сектору здравоохранения⁹, колеблется в широких пределах в разных странах Региона.

⁹Хотя и представляется разумным использовать долю государственных расходов, направляемых на нужды здравоохранения, в качестве показателя приоритетов в государственном секторе, было бы неточно утверждать, что этот процент должным образом отражает приоритетное значение, которое правительство придает сектору здравоохранения. Более точным было бы утверждение, что он отражает приоритетность (неявную или явную), которая придается инвестированию денежных средств в сектор здравоохранения.

Рисунок 10. Расходы на нужды здравоохранения в процентах от общих государственных расходов, 2003 г., государства - члены Европейского региона (оценки ВОЗ)



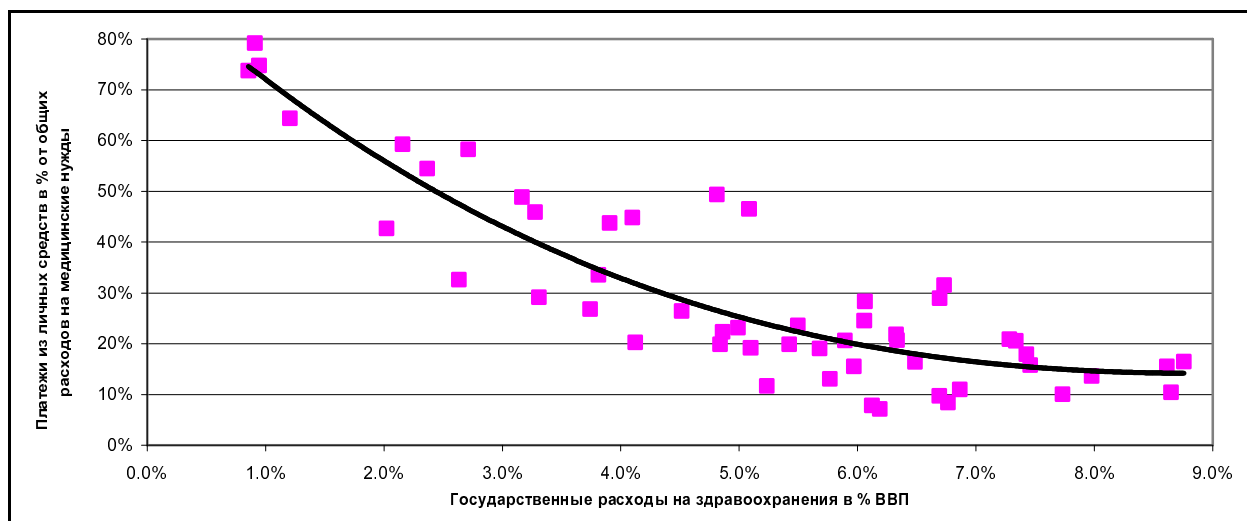
34. С учетом общих финансовых ограничений различия в приоритетах могут приводить к тому, что уровни государственных расходов на нужды здравоохранения в процентах к ВВП будут колебаться в широких пределах, и это, в свою очередь, может иметь серьезные последствия с точки зрения задач политики финансирования здравоохранения. Например, в Эстонии уровень государственных расходов на нужды здравоохранения снизился с 5,9% ВВП в 1996 г. до 4,1% ВВП в 2003 г. Это частично объясняется общим сокращением финансовых средств, при этом за этот же период объем общегосударственных расходов снизился с более чем 42% ВВП до около 37% ВВП. За это же время расходы на нужды здравоохранения сократились с 14% до 11,2% от общего объема государственных расходов. Если бы доля государственных расходов в размере 14% сохранилась, расходы государства на нужды здравоохранения составили бы в 2003 г. 5,1% ВВП. Помимо этого, следует отметить, что доля расходов за счет личных средств в общем объеме расходов на нужды здравоохранения увеличилась с 11,5% до 20,3%¹⁰. Этот пример, касающийся конкретной страны, показывает, что возможности системы здравоохранения в Эстонии в отношении сохранения более низкого уровня расходов за счет личных средств (и, таким образом, обеспечения большей финансовой защиты – если вспомнить при этом об увеличении расходов “катастрофического” и “обедняющего” характера за этот же период, как показано на рис. 3 – а также доступа к медицинской помощи) уменьшились, в основном, за счет сделанного “выбора” и лишь частично в связи с общими финансовыми трудностями.

35. Анализ данных о расходах на нужды здравоохранения в Регионе (рис. 11) указывает на значительную обратную зависимость между: (а) государственными расходами на нужды

¹⁰ Все приводимые данные основаны на оценках расходов на нужды здравоохранения в странах, проведенных ВОЗ (<http://www.who.int/nha/country/en/>).

здравоохранения в процентах к ВВП и (б) долей расходов, производимых в форме платежей за счет личных средств в общем объеме расходов системы здравоохранения. Иными словами, чем больше средств государство расходует на нужды здравоохранения, тем меньше платят сами пациенты при получении услуг, что имеет соответствующие последствия для достижения задач финансовой защиты, справедливости в отношении финансирования и справедливости в отношении использования служб здравоохранения. Конечно, существуют отклонения от общей тенденции, указывающие на то, что уровень государственных расходов не определяет все; важное значение имеет политика финансирования здравоохранения. Тем не менее, очевидно, что уровень государственных расходов на здравоохранение, обусловленный частично финансовыми ограничениями, а частично государственными приоритетами, имеет важные последствия для потенциальной возможности стран выполнять задачи своей политики.

Рисунок 11. Зависимость между уровнем государственных расходов на здравоохранение и долей платежей за счет личных средств в общих расходах, 2003 г., государства - члены Европейского региона



36. Представленные выше фактические данные показывают, что хотя финансовые ограничения имеют важное значение, столь же важное значение имеют также приоритеты и, в определенной степени, определение уровня расходов на здравоохранение, которое может обеспечить правительство, является *решением*, а не просто характеристикой экономических и финансовых условий более широкого характера. Однако этот пример не означает, что мы должны просто поддерживать увеличение ассигнований на нужды здравоохранения. Нами было предложено, чтобы финансовая устойчивость не является задачей политики финансирования здравоохранения; аналогичным образом, увеличение уровня или доли государственных расходов на здравоохранение также не является задачей политики финансирования здравоохранения. Любое такое увеличение должно подкрепляться возможностями системы здравоохранения обеспечивать более эффективное достижение целей и задач за счет роста доходов. Важно отметить, что признание наличия как существующих, так и возможных в будущем финансовых трудностей, с которыми сталкиваются все страны, позволяет нам заключить, что системы здравоохранения должны уделять больше внимания вопросам повышения *эффективности* использования ресурсов. Не может быть оправданий, если не делается никаких попыток извлечь максимум (с точки зрения достижения задач политики) из расходующихся государственных ресурсов. Хотя никогда не будет достаточно средств для удовлетворения всех потребностей системы здравоохранения, обеспечение более эффективного использования имеющихся ресурсов является основным средством для того, чтобы снизить тяжесть компромиссных решений, принимаемых с целью обеспечения устойчивости.

37. Помимо финансовых проблем, которые присущи всем странам, на политику финансирования здравоохранения могут влиять также другие контекстуальные факторы. Каждая страна имеет свою специфику, и мы не можем в данном документе перечислить все возможные контекстуальные факторы. Остановимся на трех: демографическая структура и прогнозы; правила, определяющие функционирование всей системы государственного финансирования в целом; и политическая и административная децентрализация.

38. Текущая и прогнозируемая в будущем демографическая структура страны имеет важное значение для политики финансирования здравоохранения. Это имеет два аспекта. Во-первых, население старших возрастных групп обычно в большей степени нуждается в услугах здравоохранения и предъявляет к ним больше требований. Таким образом, страны, в структуре населения которых преобладают старшие возрастные группы или в которых прогнозируется быстрое постарение населения (как во многих государствах - членах Европейского региона, где наблюдаются низкие показатели рождаемости и смертности), могут испытывать (или будут испытывать в будущем) давление в сторону повышения расходов системы здравоохранения. Во-вторых, в тех странах, где происходит процесс старения населения и имеются низкие показатели рождаемости, численность производительной рабочей силы уменьшается по отношению к остальной части населения, если разрыв, образующийся за счет снижения рождаемости, не заполняется за счет труда иммигрантов. Это имеет важные последствия для механизмов, которые могут использоваться для сбора доходов для системы здравоохранения (25). Первый аспект указывает на необходимость создания лицами, формирующими политику, механизма всесторонних системных ответных мер, включая определенные изменения характера установления приоритетов в отношении расходов на медицинские нужды и, что возможно более важно, стратегий реформирования системы предоставления услуг и мер, способствующих сохранению здоровья в пожилом возрасте, а также усилению координации между службами здравоохранения и социальной помощи. Второй аспект имеет особое значение для тех стран, которые в настоящее время финансируют свои системы здравоохранения преимущественно за счет взносов, связанных с занятостью (например, налоги с фонда заработной платы для систем обязательного медицинского страхования). По мере того, как доля населения трудоспособного возраста уменьшается относительно всего населения в целом, будет возрастать необходимость диверсификации источников государственного финансирования для обеспечения охвата лиц, не вносящих взносы. В самом деле, в большинстве стран Западной Европы, использующих схемы социального медицинского страхования уже сегодня государственное финансирование поступает не только за счет налогообложения заработной платы. Лишь в Германии и Нидерландах более 60% всех расходов на нужды здравоохранения поступают из таких источников. В Австрии, Люксембурге и Бельгии менее половины всех расходов финансируется за счет налогов на заработную плату (26). Таким образом, процесс диверсификации уже начался. С дальнейшим ростом демографических изменений диверсификация продолжится, и для поддержания высокого уровня финансовой защиты и справедливости могут потребоваться более фундаментальные реформы для устранения зависимости между охватом медицинской помощью и наличием статуса "экономически активного лица".

39. Изучение вопросов государственного финансирования включает понимание не только возможностей государства в области мобилизации налоговых поступлений, но также того, как функционирует система управления государственным сектором в целом. Это включает такие области, как правила и нормы в отношении гражданской службы и нормативные положения в отношении финансового управления государственным сектором. Система может обеспечивать *стимулирующую среду*, которая позволяет получать желаемые последствия в результате реформ в области финансирования здравоохранения или, напротив, может тормозить реализацию некоторых реформ в области финансирования здравоохранения или создавать ряд искаженных стимулов, в результате чего реформы могут приводить к нежелательным последствиям. Нет никаких причин, по которым задачи реформирования управления государственным сектором, такие как усиление подотчетности за использование государственных средств, не могут быть приведены в соответствие с реформами в области финансирования здравоохранения, направленными на

повышение эффективности путем стратегической закупки услуг и повышения финансовой автономии руководителей учреждений. Это требует эффективной коммуникации между лицами, руководящими реформами в области финансирования здравоохранения, и теми, кто отвечает за реформирование государственного сектора в целом.

40. Третьим важнейшим контекстуальным фактором в политике финансирования здравоохранения является уровень политической и административной децентрализации в стране. В децентрализованных странах, таких как Босния и Герцеговина, Швеция и Швейцария, организация систем финансирования здравоохранения отражает организацию государственного управления, что приводит к образованию децентрализованных схем объединения средств. Это нежелательно, поскольку более мелкие фонды для объединения средств обладают меньшими возможностями для перекрестного субсидирования и, таким образом, для финансовой защиты, обеспечиваемой при данном уровне финансирования. Кроме того, в тех случаях, когда предоставление услуг государством также фрагментировано, это также может приводить к неэффективности в виде избыточного потенциала. Эта проблема ясно проявляется в условиях Швейцарии (27), в также Боснии и Герцеговины (28), где уровень политической децентрализации таков, что возможности центрального правительства в области компенсации расхождений в сборе доходов ограничены. В Швеции объединением финансовых средств и закупкой услуг занимаются окружные советы и муниципалитеты, однако вся система функционирует практически как единый фонд за счет реализации формулы распределения ресурсов и непосредственного выделения средств для местных органов власти центральным правительством (29). Во всех случаях достижение “наилучших результатов” ограничивается контекстуальными факторами, которые определяют то, что может быть реально достигнуто.

41. Указанные выше и другие контекстуальные факторы следует принимать во внимание при рассмотрении политики финансирования здравоохранения в любой конкретной стране. Хотя, безусловно полезно и необходимо изучать опыт других стран, инструменты проведения политики в одной стране, не могут быть просто перенесены в другую. Важнейшим вопросом для лиц, определяющих национальную политику, является выявление и понимание того, как факторы, выходящие за рамки системы здравоохранения, ограничивают возможности выполнения задач и того, что может быть достигнуто в результате реформирования системы финансирования здравоохранения.

ВАЖНЕЙШИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЛИТИКИ: ФРАГМЕНТАЦИЯ И СОГЛАСОВАННОСТЬ

Выявление, уменьшение или устранение последствий фрагментации

42. Фрагментация структуры финансирования здравоохранения вызывает множество проблем; таким образом, важной задачей политики во многих странах является ее уменьшение или устранение. Задачи обеспечения финансовой защиты и доступа к медицинской помощи лучше всего решаются с помощью механизмов объединения рисков, которые позволяют максимально использовать возможности перекрестного субсидирования здоровых и больных; чем больше фонд финансирования (или, иными словами, чем меньше число фондов финансирования по сравнению с численностью населения), тем выше уровень защиты от рисков (перекрестное субсидирование), который может быть обеспечен. В Германии до 1996 г. “отправной точкой” реформы явилось наличие множества больничных фондов, к которым относились отдельные граждане в соответствии с родом своей деятельности. Эта фрагментация в сочетании с возможностью установления фондами собственных размеров взносов, привела к возникновению неравенства в финансировании системы, так как суммы взносов, которые должны были делать люди, были связаны с уровнем риска в области их профессиональной деятельности, а не с их способностью платить взносы. Реформы в области объединения финансовых средств дали всем работникам право выбирать собственный фонд, обеспечивая механизм перевода денег между фондами для компенсации более высокой степени риска некоторых членов (“система компенсационного финансирования с учетом структуры рисков”). Эти реформы привели к уменьшению различий в

размерах взносов между различными фондами (30). Хотя в стране сохраняется большое число фондов, этот механизм перераспределения позволил эффективно уменьшить фрагментацию путем создания “виртуального единого пула финансирования” между больничными фондами.

43. Фрагментация может также усиливать неэффективность организации деятельности по предоставлению услуг. Например, в системе финансирования здравоохранения бывшего Советского Союза финансовые средства объединялись на каждом уровне государственной власти (республика, область, район/город), и эти фонды финансирования были вертикально интегрированы со структурами как закупок, так и предоставления услуг в рамках процесса иерархического постатейного бюджетирования. Кроме того, поскольку в рамках областей существуют районы/города, эти обязательные фонды финансирования частично дублировали свою деятельность, что, в свою очередь, дублировало охват услугами населения, проживавшего как в городе, так и в области. Эта организационная схема финансирования и предоставления услуг в сочетании со стимулами процесса бюджетирования на основе затрат способствовала экстенсивному росту физической инфраструктуры системы здравоохранения Советского Союза. В этих условиях решение проблемы избыточной инфраструктуры предоставления услуг потребовало реформирования системы финансирования для создания единого фонда (пула финансирования) для всего населения географической территории, а также разделения систем финансирования и предоставления услуг (т.е. прекращения процесса постатейного бюджетирования). Эти этапы реформы явились предпосылками для борьбы с неэффективностью деятельности путем сокращения систем предоставления услуг в Кыргызстане (31) и Республике Молдова (19).

44. Проблемы и сложные задачи возникают также в результате фрагментации структур финансирования между “общей” системой здравоохранения и другими видами служб и программ, такими как социальная помощь и вертикально организованные программы борьбы с болезнями. В Нидерландах существует система страхования долгосрочной медицинской помощи для всего населения (AWBZ). Она отделена от страховых фондов, которые конкурируют между собой за право управления основным (неотложная помощь) страховым пакетом для предоставления услуг индивидуальной медицинской помощи в стране, хотя деятельность как AWBZ, так и страховых фондов регулируется Министерством здравоохранения. Конкуренция между страховыми фондами побуждает их к снижению затрат, и одним из непреднамеренных последствий этого является то, что они пытаются переложить затраты (и пациентов) на систему AWBZ. Поскольку это оказывает отрицательное влияние на непрерывность и эффективность медицинской помощи (32), правительство страны ясно высказало свои намерения решить эту проблему.

45. Фрагментация структуры финансирования вертикально организованных программ борьбы с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и наркоманией в большинстве стран Восточной Европы создает антистимулы для совместного планирования и заключения контрактов, хотя многие клиенты и группы риска охвачены мерами, осуществляемыми этими же программами. Фрагментация возникает в результате существовавшей ранее практики “финансирования программ”, т.е. предоставления программам бюджетов для независимых закупок или осуществления своих собственных мер борьбы с болезнями или состояниями, которые ими охватываются. Это приводит к неэффективности деятельности, поскольку, например, это затрудняет координацию комплекса мер, предпринимаемых в рамках программы борьбы с ВИЧ и наркоманией (например, организация обмена игл или заместительная терапия в сочетании с расширением использования презервативов), хотя обе программы обслуживают в основном одни и те же группы населения (33). Таким образом, существует настоятельная необходимость решать проблему фрагментации системы финансирования этих программ для того, чтобы осуществить переход к более эффективной системе, *ориентированной на клиента*.

Обеспечение соответствия между инструментами реформирования и задачами политики

46. Одной из основных задач политики является обеспечение соответствия инструментов финансирования здравоохранения другим задачам и тем целям, которые предполагается достигнуть. Отсутствие согласованности может приводить к тому, что политика будет неэффективной или фактически приносить вред. Такая ситуация возникает во многих странах в виде несоответствия между реформами в области закупок и структурами руководства учреждениями здравоохранения государственного сектора. Например, может быть неэффективно изменять схему финансирования учреждений государственного сектора, если их руководители не имеют права принимать самостоятельные решения в области финансового управления (т.е. если они не имеют права перераспределять финансовые средства между определенными статьями бюджета). Аналогичным образом, внедрение или совершенствование методов платежей провайдером, направленных на смещение финансового риска в сторону стационарных учреждений (например, выплаты фиксированной суммы за каждого больного), могут быть неэффективны, если провайдеры могут избежать такого давления. Об этом говорит опыт работы в Хорватии (34) (где государственные провайдеры могут списывать дефицит собственных средств как дефицит государственного бюджета), Польше (35) (где государственные больницы могут переносить свою задолженность из одного финансового года в следующий) и Швейцарии (27) (где государственные учреждения здравоохранения сталкиваются с “мягкими бюджетными трудностями”, а местные органы власти покрывают дефицит их средств в конце бюджетного периода). Устранение коренных причин проблем в области эффективности деятельности систем финансирования здравоохранения требует согласованности между стратегиями, используемыми для приобретения услуг и организационными и управленческими механизмами для предоставления услуг.

47. Уделение излишнего внимания характеру конкретного инструмента реформирования может также приводить к нарушению согласованности, если такое же внимание не будет уделяться задачам политики, которые данный инструмент призван поддерживать. Например, хотя разработка эффективного пакета льгот требует детальной работы для оценки предполагаемой стоимости услуг и сравнения ее с ожидаемыми доходами, важно чтобы результаты этих расчетов были *трансформированы* в пакет услуг, которые способен понять средний человек. Таким образом, вместо составления длинного перечня процедур или диагнозов такой пакет должен позволять человеку понять, например, что он имеет право на посещение своего семейного врача с доплатой из собственных средств в размере одного евро, но что если он обращается непосредственно к специалисту, ему придется платить больше. Иными словами, структура пакета услуг и то, каким образом его содержание доводится до сведения населения, должно соответствовать задаче повышения прозрачности функционирования системы для населения. Фактические данные, полученные в странах Региона, показывают, что когда такой пакет услуг является очень сложным, быстро меняется или сильно расходится с объемом доходов, которыми располагает система здравоохранения, широкое распространение получают неофициальные платежи за медицинскую помощь (36). Страны должны стремиться к созданию *процесса* разработки пакета услуг, который изменяется со временем по мере развития клинической практики, технологического прогресса, получения новых данных и изменения относительной значимости различных задач. Важное значение имеет постоянный мониторинг и оценка реализации пакета услуг; во многих странах важными инструментами для осуществления этого являются опросы пациентов для определения изменений в размерах и распространенности неофициальных платежей.

Выводы: ПРИНЦИПЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ШАГИ ДЛЯ ЛИЦ, ФОРМИРУЮЩИХ ПОЛИТИКУ

48. Предлагаемый здесь подход к политике финансирования здравоохранения основывается на ряде основных принципов и концепций, которые приводятся ниже:
- Как и в отношении всех аспектов политики здравоохранения, необходимо проводить четкие различия между задачами политики финансирования здравоохранения (например, повышение уровня финансовой защиты, расширение доступа к медицинской помощи) и

инструментами проведения политики финансирования здравоохранения (например, создание системы страхования, реформирование методов оплаты услуг провайдеров и т.д.). В связи с этим при проведении анализа предлагаемых и осуществленных реформ основное внимание следует уделять их воздействию на население и систему здравоохранения в целом; схемы не являются системами.

- Принимая во внимание этот первый принцип, следует понимать, что все системы финансирования здравоохранения (кроме платежей исключительно за счет личных средств) являются системами *страхования* и их следует оценивать по тому, насколько эффективно они обеспечивают выполнение соответствующих задач для населения их стран (т.е. обеспечение финансовой защиты, справедливости в отношении доступа и т.д.), а не по их названию или модели, которые обычно используются для обозначения этой системы. Например, граждане Германии в настоящее время “застрахованы” в несколько большей степени, чем граждане Соединенного Королевства не потому, что система Германии носит название “страховой” в отличие от системы Соединенного Королевства. Соответственно, принимая во внимание, что отнесение к определенной категории по названию может иметь очень важное значение в конкретных национальных или политических условиях, представляется важным, чтобы лица, принимающие решения в отношении финансирования здравоохранения, не позволяли ограничивать возможности рассмотрения имеющихся вариантов политики в силу лишь того, что их система отнесена по названию к какой-либо определенной категории. Нет никакой концептуальной причины, по которой источник финансирования должен определять, как происходит объединение финансовых средств, как приобретаются услуги или какие конкретные права на льготы предоставляются.
- Уделяя основное внимание задачам политики, необходимо обеспечить глубокое понимание текущих организационных вопросов, касающихся функций и принципов финансирования здравоохранения, а также финансовых и других концептуальных факторов, которые обуславливают возможности практической реализации и ожидаемые результаты различных вариантов политики. Реформы должны быть ориентированы на задачи политики, при этом описательная концептуальная основа должна использоваться в качестве “контрольного перечня вопросов” для того, чтобы инструменты проведения реформы были *согласованы* с задачами, которые желательно выполнить.
- Существующие и ожидаемые в будущем финансовые трудности предполагают, что все страны должны удвоить свои усилия для повышения *эффективности* своих систем финансирования здравоохранения. Эффективность не является синонимом финансовой устойчивости; таким образом, повышение эффективности не означает уделения внимания лишь сокращению бюджетов. Напротив, это предполагает широкий подход к решению этой проблемы для того, чтобы любые средства, израсходованные на нужды здравоохранения, давали максимальную отдачу с точки зрения достижения задач политики, принимая во внимание реальную ситуацию, диктующую, что расходы должны соответствовать имеющимся ресурсам. В этой связи условия (стимулы), касающиеся всей системы государственного финансирования, в целом, должны позволять оставлять прибыль (т.е. сэкономленные средства), полученную в результате повышения эффективности деятельности, в распоряжении системы здравоохранения и использовать эти средства для улучшения показателей ее деятельности.
- Реализация, оценка, изучение и адаптация: реформы в области финансирования здравоохранения, как и реформы в области здравоохранения в целом, должны разрабатываться на основе надежной концептуальной и доказательной базы, отдавая себе отчет в том, что не все поддается планированию; всегда будет сохраняться элемент неопределенности в отношении как реализации, так и получаемых результатов. Таким образом, реформирование политики является в такой же мере искусством, как и наукой, и лица, принимающие решения, должны, в тех случаях, когда это возможно, способствовать изучению имеющихся знаний и опыта путем реализации и оценки пилотных схем. Для каждой страны важно создать механизмы оценки реформ, что позволит строить

адаптируемый процесс осуществления политики здравоохранения на основе знаний и собственного опыта проведения реформы. Изучение опыта других стран представляется также важным и чрезвычайно целесообразным. В то же время, поскольку в каждой стране имеются свои условия и исходная ситуация для проведения реформ, также важно понимать, что конкретные формы политики, используемые в одной стране, не могут механически переноситься в другую.

49. Хотя невозможно свести политику финансирования здравоохранения или общую политику в области здравоохранения к узкой технократической формуле, указанные “три основных элемента” обеспечивают руководство для лиц, принимающих решения, в отношении конкретных подходов к разработке политики финансирования здравоохранения с учетом национальных условий. Ключевыми моментами являются следующие:

- использование задач политики финансирования здравоохранения в качестве руководства для определения комплекса проблем и приоритетных направлений действий для повышения эффективности функционирования системы финансирования здравоохранения с учетом конкретных особенностей каждой страны;
- признание того, что при формировании эффективной политики финансирования здравоохранения “дьявол таится в деталях”. Необходимо провести тщательный анализ существующей системы финансирования здравоохранения с использованием описательной концептуальной основы для разработки “контрольного перечня вопросов”, чтобы обеспечить принятие во внимание всех подфункций, всех механизмов распределения ресурсов, принципов в отношении прав и обязанностей граждан, а также организацию руководства деятельностью системы в целом. Эти механизмы, включая движение денежных средств, степень вертикальной интеграции или разделение функциональных обязанностей, и рыночная структура должны быть определены и соотнесены с каждой подфункцией, что будет способствовать пониманию существующей системы финансирования здравоохранения, являющемуся “отправной точкой” любой программы реформ. Необходимо определить важнейшие функциональные области, где инструменты проведения политики не согласованы друг с другом;
- анализ финансовой ситуации в отношении сотрудничества с министерством финансов, используя ретроспективные данные о государственных доходах и расходах, а также прогнозы в отношении вероятных сценариев;
- выявление и анализ всех других концептуальных факторов, выходящих за рамки системы здравоохранения, которые могут влиять на реализацию или последствия конкретных вариантов реформы;
- разработка вариантов реформы, ориентированных на решение первоочередных проблем эффективности деятельности или достижение задач системы. Описательная концептуальная основа должна использоваться в качестве руководства для обеспечения всестороннего подхода с учетом существующей исходной ситуации, избегая соблазна применения “чудодейственных средств”, которые предусматривают использование какого-либо одного инструмента реформы. Задачи и предлагаемые варианты следует сверять с финансовой ситуацией для того, чтобы убедиться, что их выполнение реально осуществимо с учетом национальных условий;
- содействие развитию диалога с информированной общественностью в отношении характера задач и проблем системы здравоохранения, а также вариантов проведения реформы. Принимая во внимание ожидания общественности, что все будет обеспечиваться для всех, следует информировать население о необходимости нахождения оптимальных соотношений для обеспечения устойчивости получаемых результатов и, таким образом, необходимости осуществления нормирования в той или иной форме. Никакое из решений не удовлетворит всех, однако информация о сделанном выборе и компромиссных решениях должна быть открытой;

- использование в своих интересах на протяжении всего процесса того факта, что все страны в мире борются над решением проблемы реформирования своих систем финансирования здравоохранения. Накопленный ими опыт должен изучаться и адаптироваться для использования конкретных результатов с учетом национальных условий.

50. В заключение, мы хотели бы подчеркнуть, что ВОЗ не располагает какой-либо моделью или эталонной схемой того, как должна быть организована система финансирования здравоохранения. Вместо этого мы предлагаем государствам-членам следующий подход: (1) использовать задачи политики для определения **направления** реформ в области финансирования здравоохранения; (2) понимать существующую систему с точки зрения ее функций и принципов для определения **отправной точки**, с которой должна начинаться любая реформа; (3) понимать финансовые и другие контекстуальные факторы для определения **реальных пределов** того, в какой степени достижение задач политики может быть **обеспечено**, а также диапазона реформ в области политики, которые могут рассматриваться. Таким образом, хотя данный подход с принципиальной точки зрения основан на общем наборе ценностей и целей, он также позволяет проводить анализ и выработать рекомендации, имеющие конкретный и реальный характер для каждой страны. В более общем смысле, ВОЗ поддерживает указанные выше задачи политики финансирования здравоохранения, однако мы не высказываемся в пользу какой-либо конкретной организационной формы или модели.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Saltman RB, Dubois HFW. The historical and social base of social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds., *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
2. *Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г.* Копенгаген, ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2005 г. (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7).
3. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.
4. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 2003, 12:921–934.
5. Habicht J et al. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*. 2006, 21(5) (в печати).
6. Xu K et al. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Technical Briefs for Policy-Makers Number 2. WHO/EIP/HSF/PB/05.02).
7. Wagstaff A et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 1999, 18(3):263–290.
8. *Albania Poverty Assessment*. Washington, DC, World Bank, 2003 (Report 26213-AL).
9. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002, 11:431–446.
10. Layte R, Nolan B. *Equity in the utilization of health care in Ireland*. Dublin, Economic and Social Research Institute, 2004 (Working Paper 2). (http://www2.eur.nl/ecuity/public_papers/ECuity3wp15LayteNolan.PDF по состоянию на 30 мая 2006 г.).
11. Gaal P, McKee M. Informal payment for health care and the theory of ‘INXIT’. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:163–178.

12. Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy*, 2006, 77:86–102.
13. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: towards conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(6):371–379.
14. *Annual report 2005*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund, 2005 (<http://www.haigekassa.ee/eng/ehif/annual/> , по состоянию на 28 июня 2006 г.).
15. Velasco-Garrido M et al. Purchasing for quality of care. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
16. Purvis GP et al. *Evaluating Manas health sector reforms (1996–2005): focus on restructuring*. Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2005 (Policy Research Paper No. 30).
17. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001, 56:171–204.
18. Duran A, Lara J, van Waveren M. *Health Care Systems in Transition: Spain*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (в печати).
19. Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu, M. *Evaluation of health financing reform in the Republic of Moldova*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health 2006 (в печати).
20. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
21. McKee M, Brand H. Purchasing to promote population health. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
22. Tan-Torres Edejer T et al., eds. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva, World Health Organization, 2003.
23. den Exter AP. Purchasers as the public's agent. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
24. Schieber G, Maeda A. A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing: Proceedings of a World Bank conference*. Washington, DC, World Bank, 1997 (Discussion paper no.365).
25. Gottret P, Schieber G. *Health financing revisited: A practitioner's guide*. Washington, DC, World Bank, 2006.
26. Busse R, Saltman RB, Dubois HFW. Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds., *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
27. *OECD reviews of health systems – Switzerland*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (в печати).
28. Cain J et al. *Health care systems in transition: Bosnia and Herzegovina*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
29. Glenngård AH et al. *Health systems in transition: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
30. Dixon A, Pfaff M, Hermesse J. Solidarity and competition in social health insurance countries. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds., *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
31. Kutzin J et al. *Innovations in resource allocation, pooling and purchasing in the Kyrgyz health system*. Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2002 (Policy Research Paper 21).

32. De Roo AA, Chambaud L, Güntert BJ. Long-term care in social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds. *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
33. Alban A, Kutzin J. Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Economic, health financing and health system implications. Consultant report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
34. Duran A et al. Purchasers, providers and contracts. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
35. Hensher M, Edwards N. WHO workshop on hospital debt in Poland: report of WHO consultants on the recommendations by workshop participants. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
36. Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 2004, 70:109–123.